

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**CUIDAR BRINCANDO, BRINCAR CUIDANDO: CONSTRUINDO
POSSIBILIDADES PARA UM CUIDADO HUMANIZADO À CRIANÇA EM
SITUAÇÃO DE QUEIMADURA**

**BIANCA WALTER
MARISTELA MARIA CARDOZO
TAINA BARBIE DO ESPÍRITO SANTO**

FLORIANÓPOLIS

2007

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**CUIDAR BRINCANDO, BRINCAR CUIDANDO: CONSTRUINDO
POSSIBILIDADES PARA UM CUIDADO HUMANIZADO À CRIANÇA EM
SITUAÇÃO DE QUEIMADURA**

**Relatório de Prática Assistencial
apresentado à disciplina de
Enfermagem Assistencial Aplicada
do Curso de Graduação de
Enfermagem**

ORIENTADORA

Enf^a Msc. Ana Maria da Silva Farias

SUPERVISORA

Enf^a Msc. Lauri Iva Renck

TERCEIRO MEMBRO DA BANCA

Enf^a Dda. Patrícia Kurten Rocha

Florianópolis, Junho de 2007.

Agradecimentos

*A **Deus** por guiar-nos em todos os momentos de nossa vida, transmitindo-nos segurança necessária para seguirmos nossa caminhada.*

*Aos **nostros pais** por acreditarem em nós, sempre nos incentivando a prosseguir para que se tornasse possível a realização de mais um sonho.*

*Aos **nostros familiares** por se fazerem presentes nos momentos mais significativos, contribuindo para o nosso crescimento pessoal.*

*Aos **nostros irmãos** pelo estímulo e companheirismo que tornaram mais alegre nossa caminhada.*

*Aos **amores** por todos os momentos de carinho e incentivo, pelas vezes que fomos ausentes e que silenciosamente souberam compreender, pela dedicação e confiança no sonho que se torna realidade.*

*À nossa orientadora, **Ana Maria Farias da Silva**, por ter aceito este desafio, por nos conduzir com sabedoria, para que esta experiência não fosse apenas uma oportunidade de crescimento profissional, mas também um aprendizado de vida.*

*À nossa supervisora, **Lauri Iva Renck**, por dividir conhecimentos e vivências, pela disponibilidade e atenção, contribuindo para nosso crescimento profissional.*

*À professora, **Patrícia Kuerten Rocha**, que com muita alegria aceitou contribuir para construção do nosso trabalho, nela depositamos confiança, aprendemos a admirar como pessoa e, acima de tudo, como profissional. Quando crescermos queremos ser igual a você!*

*Às **crianças e seus familiares/acompanhantes** por nos permitirem estar tão próximas durante momentos difíceis e felizes, enriquecendo-nos com suas vivências e experiências.*

*À **Marisa**, à **Raquel**, ao **Marcelo** e ao **Weríssimo** pela gentileza dos materiais emprestados e pelas contribuições para concretização deste trabalho.*

*Aos **amigos** que se fizeram presentes nesta trajetória, pelos valiosos momentos de alegria e convivência, sem os quais nossa vida não seria tão colorida.*

*Ao chefe da Unidade de Queimados, **Dr. Maurício Pereima**, pelos conhecimentos transmitidos e pela oportunidade de aprendizado.*

*Aos **profissionais da Unidade de Queimados** pelo acolhimento e experiências compartilhadas.*

*À **nossa amizade** verdadeira que cultivamos durante estes quatro anos e que esperamos durar para toda a eternidade.*

Muito Obrigada!



*“No dia de hoje, metade de mim quer sorrir, metade de mim quer chorar.
No dia de hoje, metade de mim quer ficar, metade de mim quer partir.
Mas o que fica é a saudade.
Saudade dos mestres, dos amigos, dos sonhos, dos sons, das festas.
Hoje, especialmente hoje, metade de mim quer sorrir,
metade de mim quer chorar.
Pois metade de mim é partida e outra metade é saudade!”*

(Autor desconhecido)

RESUMO

O trabalho descreve a vivência da prática assistencial da VIII Unidade Curricular do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), desenvolvida na Unidade de Queimados do Hospital Infantil Joana de Gusmão, em Florianópolis, de 16 de abril a 20 de junho de 2006. Teve como objetivo principal cuidar da criança em situação de queimadura baseado no referencial teórico de Paterson e Zderad utilizando o Brinquedo Terapêutico como instrumento facilitador do cuidado de enfermagem; e como objetivos específicos: conhecer a dinâmica das atividades desenvolvidas e a organização da Unidade de Queimados do Hospital Infantil Joana de Gusmão (HIJG), interagindo com a equipe interdisciplinar; ampliar o conhecimento teórico-prático sobre a criança em situação de queimadura, e sobre o Brinquedo Terapêutico; desenvolver o cuidado de enfermagem subsidiado no referencial humanístico, utilizando o Brinquedo Terapêutico como um meio de interação e demonstração dos procedimentos à criança com intuito de minimizar o estresse e o medo da mesma; promover encontros com os familiares/acompanhantes, buscando refletir sobre seus sentimentos e expectativas; realizar pesquisa junto à equipe de Enfermagem a fim de identificar as percepções e ações dos profissionais para amenizar e/ou sanar a dor da criança vítima de queimadura. A metodologia utilizada para nortear o estudo foi a Teoria Humanística de Paterson e Zderad, que envolveu o encontro, o diálogo, a presença genuína, o relacionamento e a compreensão dos chamados e respostas, compreendendo três fases: o diálogo intuitivo, o diálogo científico e a fusão intuitivo-científica. Nosso trabalho trouxe contribuições para o cuidado de enfermagem à criança vítima de queimadura utilizando o Brinquedo Terapêutico Instrucional como uma das estratégias na demonstração e explicação de procedimentos, bem como na expressão de sentimentos. Possibilitou um cuidado individualizado, auxiliando a criança a minimizar a dor, o estresse e o medo decorrentes da situação que vivencia. Encorajou a família na participação do cuidado, amenizando sentimentos de angústia, culpa e impotência que surgiram durante a hospitalização da criança.

Palavras-chave: criança; queimadura; dor; enfermagem; brinquedo terapêutico.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 OBJETIVOS	17
2.1 OBJETIVO GERAL	17
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	17
3 REFERENCIAL TEÓRICO	19
3.1 AS TEÓRICAS	19
3.2 A TEORIA	20
3.3 PRESSUPOSTOS DAS TEÓRICAS	21
3.4 PRESSUPOSTOS DAS AUTORAS	22
3.5 PRINCIPAIS CONCEITOS	22
3.5.1 <i>Seres Humanos</i>	22
3.5.2 <i>Saúde</i>	24
3.5.3 <i>Enfermagem</i>	24
3.5.4 <i>Humanização</i>	25
4 REVISÃO DE LITERATURA	27
4.1 A CRIANÇA	27
4.2 HOSPITALIZAÇÃO DA CRIANÇA NA UNIDADE DE QUEIMADOS	27
4.3 A FAMÍLIA NA UNIDADE DE QUEIMADOS	29
4.4 A EQUIPE DE ENFERMAGEM FRENTE À CRIANÇA EM SITUAÇÃO DE QUEIMADURA	30
4.5 QUEIMADURA NA INFÂNCIA	31
4.5.1 <i>Histórico da Função Tegumentar</i>	31
4.5.2 <i>Incidência</i>	32
4.5.3 <i>Conceito</i>	33
4.5.4 <i>Fisiopatologia</i>	33
4.5.5 <i>Classificação</i>	34
4.5.6 <i>Manifestações Sistêmicas</i>	36
4.5.7 <i>Balneoterapia</i>	37
4.5.8 <i>Curativos</i>	38
4.5.8.1 <i>Agentes Tópicos</i>	38
4.5.8.2 <i>Curativos Sintéticos e Biológicos</i>	38
4.5.9 <i>Matriz Dérmica</i>	40
4.5.10 <i>Enxertia</i>	41
4.5.11 <i>Tratamento Ambulatorial</i>	42
4.5.12 <i>A Dor</i>	43
4.5.12.1 <i>Fisiologia da Dor</i>	44
4.6 BRINQUEDO TERAPÊUTICO	45
4.7 HUMANIZAÇÃO DO CUIDADO	47
5. CAMINHO METODOLÓGICO	51
5.1 DESCRIÇÃO DO LOCAL DA PRÁTICA ASSISTENCIAL	51
5.2 POPULAÇÃO ALVO	53
5.3 O PROCESSO DE ENFERMAGEM	53
5.4 PLANO DE AÇÃO	56
5.5 ASPECTOS ÉTICOS	61
6 RELATANDO A PRÁTICA ASSISTENCIAL	63
6.1 OBJETIVO 1	63
6.2 OBJETIVO 2	65
6.3 OBJETIVO 3	68
6.4 OBJETIVO 4	94
6.5 OBJETIVO 5	98
6.6 OUTRAS ATIVIDADES REALIZADAS	110
6.6.1 <i>Atendimento Ambulatorial</i>	110
6.6.2 <i>Acompanhamento Cirúrgico</i>	112
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	115

8 REFERÊNCIAS	118
APÊNDICES.....	124
APÊNDICE I	125
APÊNDICE II.....	126
APÊNDICE III.....	132
APÊNDICE IV	133
APÊNDICE V	163
APÊNDICE VII.....	167
APÊNDICE VIII.....	168
APÊNDICE IX	168
ANEXOS	179
ANEXO I.....	180
ANEXO II.....	181
ANEXO III	182
ANEXO IV	183
ANEXO V	187
ANEXO VI	190



*Cuidar é compreender a magia contida no toque,
no olhar e no sorriso, na fala e no silêncio,
é compreender o que seja existir. (POLAK, 1995).*

1 INTRODUÇÃO

As queimaduras se constituem no maior trauma a que um ser humano pode ser exposto. Nenhum outro tipo de trauma desencadeia uma resposta metabólica tão intensa e com tantas repercussões em praticamente todos os órgãos e sistemas. Além das repercussões imediatas conseqüentes a queimaduras, as seqüelas físicas e emocionais do paciente em situação de queimadura e de sua família permanecem por toda a vida (PEREIMA, 2006). As crianças vítimas de queimadura lidam com a perda da imagem corporal, sofrem preconceitos e compreensões errôneas na sociedade em relação àqueles que são percebidos como diferentes.

Conforme Pereima et al. (2001), um milhão de acidentes ocorrem ao ano, e com maior freqüência na infância, na faixa etária de 0 à 5 anos, com um pico de incidência entre os primeiros 2 anos de vida, pois é nesta faixa etária que as crianças experimentam as mais variadas formas de descoberta.

De acordo com um estudo retrospectivo realizado no Hospital Infantil Joana de Gusmão-Florianópolis, no qual foram analisados os prontuários de 781 crianças, entre janeiro de 1991 e dezembro de 2002, constatou-se que: do total de pacientes, 508 eram meninos e 273, meninas; os pré-escolares foram acometidos em 37,39% dos casos. Os acidentes domiciliares corresponderam a 62,61% dos casos. Os líquidos aquecidos foram responsáveis por 52,50% do total de queimaduras. A média de Superfície Corporal Queimada (SCQ) esteve entre 15,3% e 17,19% sendo que 94,37% dos pacientes apresentavam lesões de segundo grau ou terceiro grau. Houve uma média de 65,08 casos/ano e a taxa de óbito foi de 1,79% (PEREIMA, ACELINA e MEGAWA, 2005).

A criança em situação de queimadura enfrenta a hospitalização como uma situação desencadeadora de angústia e de sofrimento, tem que lutar contra o desconforto físico inicial, com a dor e com os problemas psicológicos imediatos e tardios.

A enfermagem é responsável pela realização de procedimentos, como banho e curativos que são muito dolorosos e percebidos como terrível pelos pacientes, gerando estresse nos que cuidam. Esses profissionais participam ativamente de todo o processo que envolve a dor em uma Unidade de queimados, ora como agentes potencializadores, responsáveis pelos procedimentos que provocam a dor, e ora como agentes que participam do alívio da dor. A dor, tanto da perspectiva de quem sente quanto de quem cuida, é uma experiência que resulta de crenças e valores, do significado de uma situação e de outros fatores que são únicos para cada pessoa (ROSSI et al, 2000).

A queimadura na infância gera um grande impacto na estrutura familiar, por ser um tratamento doloroso e de longa permanência hospitalar. Os familiares são os principais fornecedores de suporte social, todavia podem se sentir angustiados com as necessidades emocionais da criança com queimadura.

O cuidado à criança deve contemplar aspectos físicos e emocionais, pois é um momento em que costumam haver experiências traumáticas e estressantes que podem influenciar no comportamento da criança durante e após o período de internação, podendo ocorrer prejuízo de sua saúde mental. Dentre os meios utilizados para prover apoio emocional destacamos o uso do brinquedo, visto que, o brincar não é uma brincadeira superficial desprezível, pois além de propiciar diversão proporciona grandes estímulos de expressão emocional. O brincar durante toda a infância auxilia no desenvolvimento sensório-motor, intelectual, da socialização, da criatividade e da autoconsciência.

A brincadeira é essencial para o bem-estar mental, emocional e social das crianças, e da mesma forma que suas necessidades de desenvolvimento, a necessidade de brincar não pára quando as crianças estão hospitalizadas. Como a hospitalização constitui-se adversidades na vida das crianças, essas precisam desvencilhar-se de seus medos e ansiedades (WALLEY & WONG, 1999).

O Brinquedo Terapêutico é um processo de brinquedo não-diretivo que permite à criança expressar-se de forma verbal e não-verbalmente, facilita o relacionamento, interação e a comunicação da criança com a equipe de enfermagem. Favorece a expressão de seus sentimentos, na qual as situações de medo, estresse, dor podem ser dramatizadas por elas na brincadeira. A utilização do Brinquedo Terapêutico é um valioso instrumento no preparo de crianças para procedimentos, pois não só lhes permite extravasar seus sentimentos e compreender melhor a situação, como subsidiar a equipe para a compreensão das necessidades da criança (MARTINS, RIBEIRO, BORBA, SILVA, 2001).

Nosso trabalho de conclusão de curso da VIII Unidade Curricular do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, desenvolvido na Unidade de Queimados do Hospital Infantil Joana de Gusmão (HIJG), no período de 16 de abril a 20 de junho de 2007, teve como propósito cuidar de crianças vítimas de queimaduras utilizando um referencial fundamentado na humanização que promova subsídios na busca do bem estar e/ou estar melhor, através de uma visão holística utilizando como um dos recursos, o Brinquedo Terapêutico e fornecer suporte à família inserindo-a no contexto do cuidado de enfermagem. Além disto, tivemos o intuito de identificar as percepções e ações da equipe de Enfermagem para amenizar e/ou sanar a dor da criança vítima de queimadura.

A escolha em cuidar de crianças em situação de queimadura surgiu da necessidade de aprofundar nossos conhecimentos em uma área com a qual tivemos pouco contato durante a graduação, pela afinidade com a área de pediatria e ainda a partir da vivência de duas das acadêmicas que realizaram estágio extracurricular na Unidade de Queimados e tiveram a oportunidade de estar acompanhando os cuidados prestados à criança desde a chegada na unidade de internação, até o tratamento cirúrgico e ambulatorial que recebem. Esta experiência possibilitou compreender a dimensão do efeito físico, psicológico e social que a queimadura provoca na criança e sua família. Entendemos que o estar queimado é uma das mais traumáticas situações que o indivíduo pode experimentar física e emocionalmente.

Para nortear nossa prática assistencial optamos pela teoria humanística de Paterson e Zderad, pois cremos que esta teoria é um diálogo vivido entre enfermeira e paciente voltado para promover o *vir a ser mais*.

Acreditamos que nosso trabalho possa trazer contribuições no cuidado de enfermagem à criança em situação de queimadura aliando a teoria humanística ao Brinquedo Terapêutico Instrucional como estratégia na realização de procedimentos. Possibilita o cuidado individualizado, fundamentado na interação, no diálogo e no brincar, auxilia a criança a suportar a dor da lesão, o estresse e o medo, encoraja a família na participação do cuidado, aliviando sentimentos de angústia, culpa e impotência que podem surgir durante o período de hospitalização da criança.



*Sem amor não podemos “tocar” o outro em sua
profundidade, nem compreender o seu mundo.*
(CARDELLA, 1994).

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Cuidar da criança em situação de queimadura baseado no referencial teórico de Paterson e Zderad utilizando o Brinquedo Terapêutico como instrumento facilitador do cuidado de enfermagem.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 1.** Conhecer a dinâmica das atividades desenvolvidas e a organização da Unidade de Queimados do Hospital Infantil Joana de Gusmão (HIJG), interagindo com a equipe interdisciplinar.
- 2.** Ampliar o conhecimento teórico-prático sobre a criança em situação de queimadura, e sobre o Brinquedo Terapêutico.
- 3.** Desenvolver o cuidado de enfermagem subsidiado no referencial humanístico, utilizando o Brinquedo Terapêutico como um meio de interação e demonstração dos procedimentos à criança com intuito de minimizar o estresse e o medo da mesma.
- 4.** Promover encontros com os familiares acompanhantes, buscando refletir sobre seus sentimentos e expectativas.
- 5.** Realizar pesquisa junto à equipe de Enfermagem a fim identificar as percepções e ações dos profissionais para amenizar e/ou sanar a dor da criança vítima de queimadura.



*Cuidar exige percepção e comunicação,
desprendimento e abertura, exige encontro.*
(POLAK, 1995).

3 REFERENCIAL TEÓRICO

O referencial teórico segundo Silva e Arruda (1993) é um conjunto de conceitos e pressuposições derivados de uma ou mais teorias ou modelos conceituais de enfermagem ou de outras áreas de conhecimentos, ou até mesmo originado das próprias crenças e valores daqueles que o concebem. Tem a finalidade de proporcionar o foco que ilumina os caminhos a serem percorridos pelo profissional para atingir seus objetivos assistenciais, ampliando continuamente as possibilidades de cuidado.

No contexto deste estudo utilizamos para nortear a nossa prática assistencial a Teoria Humanista de Enfermagem de Paterson e Zderad, por acreditarmos que a enfermagem é um diálogo vivido, a qual busca a compreensão da experiência enfermeira-paciente, de modo que ambos possam interagir de maneira humana e curativa. Considerando a criança vítima de queimadura um ser que experiencia a dor física e emocional, optamos por utilizar também o Brinquedo Terapêutico Instrucional por entender que brincando a criança expressa de modo simbólico suas fantasias, seus desejos e suas experiências vividas. Concordamos com Martins et al 2001 quando relata que, as crianças tornam-se mais cooperativas, compreendem a necessidade e a técnica dos procedimentos, exteriorizam sentimentos, elaboraram situações familiares e hospitalares, facilitando a interação e a comunicação entre a criança e a equipe de enfermagem.

3.1 As Teóricas

Josephine G. Paterson nasceu em 1º de setembro de 1924 em Freeport, New York (LEOPARDI, 1999, p. 131). Paterson é uma especialista em enfermagem clínica, no Northport Veterans Administration Medical Center, em Northport, Nova Iorque. Graduou-se na Lenox Hill Hospital School of Nursing e na St. John's University. Recebeu o grau de Mestre da Johns Hopkins School of Hygiene and Public Health, em Baltimore, Maryland. Seu doutorado em Ciências da Enfermagem é da Boston University School of Nursing, em Boston, Massachusetts, onde ela se especializou em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica. A Dra. Paterson conceitualizou e ensinou enfermagem humanista a estudantes de curso de graduação, ao corpo docente e a equipes, em vários locais. Já atuou também no corpo docente de State University of New York, em Stonybrook (PRAEGER e HOGARTH, 1993, p. 242).

Loretta T. Zderad nasceu em 7 de junho de 1925 em Chicago, Illinois (LEOPARDI, 1999). Foi Presidente-Adjunta da Educação em Enfermagem, do Northport Veterans Administration Medical Center, em Northport, Nova Iorque. Fez seu curso de graduação na St. Bernard's Hospital School of Nursing e na Loyola University. O grau de Mestre em

Ciências foi obtido na Catholic University, em Washington, D.C., e o de Doutora em Filosofia na Georgetown University, em Washington, D.C. Ensinou em inúmeras universidades e liderou grupos de enfermagem humanista. A Dra. Zderad fez também parte do corpo docente da State University of New York, em Stonybrook (PRAEGER e HOGARTH, 1993).

Paterson e Zderad após muitos anos de prática clínica e de ensino tornaram-se insatisfeitas com a habilidade da ciência positivista de conduzir fenômenos que elas consideravam condescendentes à Enfermagem. Motivadas por questões individuais, suas crenças e fortemente influenciadas pelo trabalho literário de Husserl, Marcel e Buber, suas visões se desenvolveram desde 1960. A principal preocupação passou a ser como as enfermeiras e pacientes interagiam, e como as enfermeiras poderiam desenvolver a base do conhecimento para a ação de enfermagem (OLIVEIRA, BRÜGGEMANN e FENILLI, 2003).

3.2 A Teoria

Em 1976, Paterson e Zderad publicaram a teoria da prática de Enfermagem Humanista (OLIVEIRA, BRÜGGEMANN e FENILLI, 2003).

Trata de uma teoria da prática, porque acreditam que a teoria de uma ciência da Enfermagem se amplia a partir de experiências vividas pela enfermeira e pelos enfermos, na prática da enfermagem. Portanto, a teoria “torna-se uma resposta à experiência fenomenológica”. A enfermagem humanista se preocupa com as experiências fenomenológicas dos indivíduos e com as experiências humanas, sendo difícil de definir sua essência. Sua origem decorre do pensamento existencial.

O fato de Paterson e Zderad terem sido entusiasmadas por trabalhos de existencialistas, psicólogos humanistas e fenomenologistas é notório no destaque que ambas dão ao significado de como a vida é vivida, à natureza do diálogo e à importância do campo perceptivo (PRAEGER e HOGARTH, 1993).

A Enfermagem humanística é considerada como um diálogo vivo, e oferece um marco de referência que envolve o *encontro* (o reunir-se de seres humanos), a *presença* (qualidade de estar receptivo, pronto e disponível para outra pessoa de modo recíproco), o *relacionamento* (“estar com o outro”) e *um chamado e uma resposta* (a comunicação interativa, que pode se dar tanto verbal como não verbalmente) (OLIVEIRA, BRÜGGEMANN E FENILLI, 2003).

3.3 Pressupostos das Teóricas

Meleis (1985), refere como pressuposições básicas implícitas:

- a enfermagem envolve dois seres humanos que estão dispostos para entrar num relacionamento existencial um com o outro;
- enfermeiros e pacientes como seres humanos são únicos e totais, seres bio-psico-sociais com o potencial para *vir a ser mais* através da escolha e intersubjetividade;
- as experiências presentes são mais do que a soma total do passado, presente e o futuro, sendo influenciadas por cada um deles. Na sua totalidade elas são menos do que o futuro;
- todo encontro com outro ser humano é aberto e profundo, com um grande grau de intimidade que profundamente e humanisticamente influenciam os membros envolvidos no encontro;
- os seres humanos são livres e estão esperando para serem envolvidos no seu próprio cuidado e nas decisões que os envolvem;
- todos os atos da Enfermagem influenciam na qualidade de vida das pessoas e morte;
- enfermeiros e pacientes convivem, eles são independentes e interdependentes;
- os seres humanos têm uma força inata que os move para conhecer seu ponto de vista angular e outros pontos de vista angulares do mundo;
- a Enfermagem existencial é o envolvimento no cuidado ao paciente e manifestado na presença ativa do enfermeiro como um todo no tempo e espaço;
- a meta da Enfermagem é um maior bem-estar acrescido para ambos, enfermeiro e paciente, enquanto eles experienciam o processo de fazer uma escolha responsável;
- a Enfermagem é envolvida com seres humanos, seu fenômeno é uma pessoa precisando de ajuda e uma pessoa ajudando na sua própria situação;
- intimidade e neutralidade nos relacionamentos aumentam o bem estar.

3.4 Pressupostos das Autoras

- a criança é um ser único que através do partilhar e da relação com o outro, torna possível o “*vir-a-ser-mais*”;
- a criança em situação de queimadura pode sofrer interferência no processo de *estar-melhor* e através da relação dialógica entre o ser criança, familiar e equipe desenvolve potencial para vivenciar saúde;
- o Brinquedo Terapêutico é uma abordagem humanística de enfermagem que tem o intuito de conhecer as necessidades da criança através do diálogo vivido favorecendo o processo de cuidar-educar;
- a equipe de enfermagem têm a possibilidade de maior contato com os pacientes, tendo com isto um papel preponderante para amenizar a dor da criança em situação de queimadura;
- a equipe de enfermagem precisa mostrar-se aberta e receptiva com a finalidade de perceber os chamados e respostas da criança em situação de queimadura.

3.5 Principais Conceitos

Paterson e Zderad definiram diversos conceitos básicos. Para embasamento teórico da nossa prática assistencial, abordaremos alguns destes:

3.5.1 Seres Humanos

Segundo Praeger e Hogarth (1993), os seres humanos caracterizam-se como capazes, abertos a opções, com valor e como a manifestação única de seu passado, presente e futuro.

Paterson e Zderad (1979) descrevem as características especiais de relacionar-se derivadas de Buber, que considera que o homem *vem a ser mais*, devido à sua capacidade humana de relacionar-se de todas as formas com os outros seres, e que esta relação se dá nas formas EU-TU, EU-ISSO e EU-NÓS.

Para Buber apud (OLIVEIRA, BRÜGGEMANN E FENILLI, 2003), a relação EU-TU é uma união de seres em que é reconhecida a singularidade de cada ser. Esta relação é um ir em direção ao outro, oferecendo e possibilitando sua presença autêntica com seu próprio EU, e na qual cada um dos participantes *vem a ser mais*. Mediação é denominada por Buber, como a união de um ser com outro. A Enfermagem Humanística preocupa-se com a mediação entre as enfermeiras e seus semelhantes, que seriam, os pacientes, os familiares dos pacientes, colegas profissionais e outros membros da equipe de saúde.

O EU-ISSO de Buber é entendido como o homem refletindo sobre suas relações EU-TU anteriores. Refletindo sobre estas relações, ele as considera como objetos a serem conhecidos como ISSO. A relação EU-ISSO permite ao homem interpretar, categorizar e acrescentar o conhecimento científico. Por último, o homem se relaciona com os outros estabelecendo a relação EU-NÓS, possibilitando o fenômeno da comunidade e da contribuição singular do ser humano. Portanto, o homem adquire identidade através de sua relação com a família, com os outros e com a comunidade (OLIVEIRA, BRÜGGEMANN E FENILLI, 2003).

Neste trabalho, os seres humanos se constituem na criança vítima de queimadura, seu familiar/acompanhante e a equipe de enfermagem.

A **criança** é um ser humano singular, dependente, em constante desenvolvimento, capaz de demonstrar suas vontades, medos, angústias, testa seus limites, desenvolve seu aprendizado através da observação, da imitação e do brincar. Criança vítima de queimadura pode sentir medo, vergonha devido à alteração da sua imagem corporal, insegurança e dor devido à perda da integridade física e ao trauma, portanto é imprescindível o apoio e o cuidado da família e da equipe interdisciplinar durante o período de recuperação e reabilitação.

O **familiar/ acompanhante** são as pessoas que convivem com a criança, estabelecendo um contato íntimo, gerando vínculo, proporcionando atenção, respeito, compreensão e amor. Necessitam de apoio e atenção, pois estão sempre ao lado da criança e necessitam compreender a sua dor, como também aprender a lidar com o sentimento de culpa e impotência que podem surgir. Estão preocupados com a sobrevivência, recuperação e aparência futura da criança.

A **equipe de enfermagem** está em contato permanente com a criança durante as 24 horas do dia. Devem estabelecer o cuidado fundamentado no diálogo e na interação, compreendendo as atitudes e sentimentos da criança e da família frente à experiência que vivenciam, possibilitando o crescimento mútuo. A Enfermagem deve apresentar conhecimento científico-técnico, zelar pelo bem estar da criança, permitindo que a família participe do cuidado e compreenda as dificuldades e possibilidades do tratamento. Aos profissionais é necessário estabelecer o diálogo, a percepção/interação para reconhecer os déficits de cuidado apresentado pela criança e família.

3.5.2 Saúde

A saúde é entendida como uma questão de sobrevivência pessoal, bem como uma qualidade de vida e morte. Sendo descrita como mais do que a ausência de doença. Os indivíduos possuem o potencial para o bem-estar, igualmente para estar melhor. *Bem-estar* implica em equilíbrio, ao passo que *estar melhor* refere-se a estar no processo de tornar-se tudo que é humanamente possível. (PRAEGER, HOGARTH, 1993).

A saúde é vivenciada no processo de viver, de estar envolvido com cada momento. Paterson e Zderad sugerem, que nós nos tornamos mais, através de relações uns com os outros. Quando nos relacionamos verdadeiramente com o outro, vivenciamos saúde. Esse conceito de saúde implica que a doença, o diagnóstico médico ou qualquer forma de denominação pouco fazem para determinar a capacidade que uma pessoa tem para a saúde. A saúde pode ser encontrada na vontade que uma pessoa tem de estar aberta às experiências da vida, independente de seu estado físico, social, espiritual, cognitivo ou emocional (PRAEGER, HOGARTH, 1993).

Entendemos que a saúde da criança em situação de queimadura pode sofrer interferências no processo de *vir-a-ser* um ser em *bem-estar* ou *estar-melhor* pelo impacto causado através da perda da integridade física e trauma psicológico. Através da relação inter-humana entre o ser criança, familiar acompanhante e equipe de enfermagem que se desenvolve o potencial para vivenciar saúde.

3.5.3 Enfermagem

“Trata-se de uma resposta de cuidado de uma pessoa para com outra, num período de necessidade que visa ao desenvolvimento do bem-estar e do estar melhor” (PRAEGER, HOGARTH, 1993).

Laffrey e Brouse (1983), referem que para Paterson e Zderad a Enfermagem é vista como um encontro entre paciente e enfermeira, com um objetivo onde o paciente espera ser cuidado e a enfermeira espera cuidar.

As teóricas aludem três conceitos que desenvolvem a base da enfermagem, que são o *diálogo*, a *comunidade* e a *Enfermagem fenomenológica*.

Diálogo reúne a enfermeira e o paciente, relacionando-se de modo criativo. A enfermagem é uma experiência intersubjetiva em que ocorre um verdadeiro partilhar.

Comunidade é a experiência de pessoas, e através da relação interpessoal, que é possível *vir-a-ser*. Por meio do partilhar e do relacionar-se com os outros, é que as pessoas encontram o significado para sua existência. Paterson e Zderad vêem a comunidade como o

“Nós” que ocorre entre cliente, família, colegas de profissão e outros promotores da saúde (PRAEGER, HOGARTH, 1993).

Enfermagem fenomenológica de acordo com Praeger e Hogarth (1993) é uma metodologia que compreende e descreve situações de Enfermagem. Constitui-se em um método de investigação, bem como a resolução de intercorrências apresentadas no processo de Enfermagem. A partir da relação enfermeira-paciente, é possível que a mesma possa estar com o paciente de maneira humanizada e curativa.

Neste contexto a **Enfermagem** interage com a criança, o familiar acompanhante e a equipe interdisciplinar. Baseia-se na crença de que o cuidado à criança, deve ultrapassar a prestação de cuidados físicos e o conhecimento que o enfermeiro deve ter a respeito de doenças e de intervenções clínicas ou cirúrgicas, tanto no âmbito preventivo, como curativo, que venham a ser realizadas. O cuidado de enfermagem deve considerar suas necessidades emocionais, sociais e abranger a utilização de técnicas de comunicação e relacionamento, entre as quais se encontra o Brinquedo Terapêutico, que pode vir a ser um efetivo instrumento de intervenção de enfermagem.

3.5.4 Humanização

Baseado nas idéias de Oliveira (2003), a humanização é o respeito pela pessoa, consideração das diferenças individuais e a promoção ao “*ser mais*”. Essa entrada na comunicação e no relacionamento entre as pessoas, fundamentada no respeito das individualidades, tomando como veículo as técnicas que só serão humanizadas se houver o envolvimento do profissional junto ao ser hospitalizado.

O cuidado humanizado se traduz no encontro com o outro, no saber ouvir, no respeito à individualidade, compreensão dos sentimentos, na empatia e afeto. O Brinquedo Terapêutico Instrucional será utilizado como facilitador da comunicação, da interação, possibilitando a criança enfrentar experiências estressantes como a dor na hora do banho, curativos, preparo para as intervenções cirúrgicas através da compreensão da finalidade de procedimentos durante a hospitalização.



*O visível é o que se aprende com os olhos,
o sensível é o que se aprende com os sentidos.*
(MERLEAU-PONTY, 1999).

4 REVISÃO DE LITERATURA

Para ampliar nosso conhecimento teórico, sentimos a necessidade de rever alguns conteúdos referentes à nossa prática assistencial, tais como: a Criança, a Hospitalização da Criança na Unidade de Queimados, a Família na Unidade de Queimados, a Equipe de Enfermagem frente à Criança em situação de Queimadura, Queimadura na Infância, a Dor e Brinquedo Terapêutico.

4.1 A Criança

Segundo Whaley & Wong (1999), as crianças possuem auto-imagem e vivem em constante conhecimento de si próprias. Este autoconceito inclui noções, crenças e convicções que constituem um autoconhecimento individual e que influenciam as relações do indivíduo com outras pessoas. Ele se desenvolve de maneira gradual a partir de experiências consigo, com outras pessoas significativas e com a realidade. Contudo, um autoconceito individual pode não refletir a realidade.

Para as autoras, um componente vital do autoconceito, a imagem corporal refere-se aos conceitos subjetivos e atitudes que os indivíduos possuem em relação aos seus próprios corpos. Ela inside na natureza fisiológica, psicológica e social da imagem própria de uma pessoa. Todos os três componentes inter-relacionam-se entre si. Uma doença pode vir a afetar a imagem corporal das crianças, principalmente em relação as crianças em situação de queimadura, influenciando as atitudes e o comportamento daqueles ao redor delas.

O termo auto-estima refere-se a um julgamento pessoal e subjetivo do próprio mérito derivado e influenciado pelos grupos sociais no ambiente imediato e nas percepções do indivíduo de como eles são valorizados pelos outros. Os fatores que influenciam a formação da auto-estima da criança incluem: o temperamento e a personalidade; capacidades e oportunidades para realizar as tarefas apropriadas para a idade; outras pessoas significantes e funções sociais assumidas e as expectativas destas funções. (WHALEY & WONG, 1999).

4.2 Hospitalização da Criança na Unidade de Queimados

A hospitalização é um processo difícil para qualquer pessoa, principalmente para a criança, pois envolve uma separação dolorosa pela ausência de sua família.

No processo de hospitalização a criança enfrenta uma situação estressante e traumática, como tratamentos dolorosos e invasivos, ambiente estranho e muitas vezes

ameaçador, eventual separação dos pais, irmãos e familiares, quebra na sua rotina de vida, afastamentos de seus amigos e da escola (SCHIMITT e MULLER, 2004).

Um dos principais estresses para crianças com idades de 6 a 30 meses, é a ansiedade típica da separação de parte da família e do lar, que está dividida em fases: fase de protesto é quando as crianças reagem de maneira agressiva a separação dos pais; fase de desespero é na qual a criança fica deprimida, menos ativa, desinteressada, isola-se dos outros; fase de desligamento ou negação, superficialmente parece que a criança finalmente ajustou-se a perda, tornando-se mais interessada, entretanto, este comportamento é o resultado da resignação, e não, um sinal de contentamento (WHALEY & WONG, 1999).

Whaley & Wong (1999), descrevem a perda de controle da criança como outro estresse encontrado durante a hospitalização. Neste período os lactentes estão desenvolvendo o mais importante atributo de uma personalidade saudável – a confiança. Eles tentam controlar o ambiente em que vivem por meio de expressões emocionais. Os infantes buscam a autonomia evidenciada na maior parte de seus comportamentos. Quando seus prazeres egocêntricos encontram obstáculos, os infantes reagem com negativismo.

Os pré-escolares são mais seguros em termos interpessoais, conseguem tolerar pequenos períodos de separação com os pais estando mais aptos a desenvolver a confiança-substituta em outros adultos significativos. Contudo, o estresse da doença usualmente torna os pré-escolares menos capacitados para lidar com a separação, em decorrência, eles manifestam alguns dos estágios da ansiedade de separação, embora, os comportamentos sejam mais sutis e passivos. (WHALEY & WONG, 1999).

A perda de controle também é evidenciada na fase pré-escolar, causada pela restrição física, pelas rotinas alteradas e pela dependência forçada. Esta perda de controle, no contexto de seus sentidos de autopoder é um fator influenciador crítico em suas percepções e reações à separação, dor, doença e hospitalização. (WHALEY & WONG, 1999).

Os escolares estão mais capacitados para lidar com a separação em geral. O estresse e a regressão impostos pela doença ou pela hospitalização podem aumentar suas necessidades pela orientação e segurança dos pais. Os sentimentos de solidão, aborrecimento, isolamento e depressão são comuns. Tais reações podem ocorrer mais em consequência da separação que da preocupação com a doença, tratamento ou ambiente hospitalar. (WHALEY & WONG, 1999).

Por causa de seus esforços por independência e produtividade, as crianças em idade escolar são vulneráveis aos eventos que podem diminuir seus sentimentos de controle e poder. As funções familiares alteradas, a inabilidade física, os medos da morte, abandono ou lesão

permanente, a perda da aceitação pelos colegas e a falta de produtividade podem resultar na perda de controle.

Whaley & Wong (1999), acrescentam que para os adolescentes a separação dos pais pode ser bem vinda ou apreciada, sendo que o fato mais importante é a perda do convívio com os colegas. Durante a separação temporária de seus grupos usuais, os adolescentes doentes podem beneficiar-se das associações de grupo com outros pacientes hospitalizados de seu grupo etário. O esforço do adolescente para a independência, auto-afirmativa e liberdade centraliza-se na questão da identidade pessoal. Tudo que interfira com isto impõe uma ameaça aos seus sentidos de identidade e decorre em uma perda de controle.

A hospitalização pode propiciar alguns benefícios, entre eles: a recuperação da saúde, a oportunidade para que as crianças dominem o estresse e se sintam competentes em sua capacidade de enfrentamento, proporcionar novas experiências de socialização, que podem aumentar suas relações interpessoais (WHALEY & WONG, 1999).

4.3 A Família na Unidade de Queimados

Quando a criança adoece, a família quase sempre se culpa pelos fatos. O aparecimento de uma doença pode gerar desestrutura no grupo familiar. A família tenta reaver seu equilíbrio anterior, redistribuindo suas cargas emocionais, hostis ou afetivas. (WHALEY & WONG, 1999).

A reação dos pais à doença presente em suas crianças depende de um conjunto de fatores influenciadores. Os mais frequentes são: gravidade da ameaça à criança; experiência prévia com doença ou hospitalização; procedimentos médicos envolvidos no diagnóstico e no tratamento; sistemas de suporte disponíveis; forças do ego pessoal; capacidade prévia de enfrentamento; estresses adicionais sobre o sistema familiar; crenças culturais e religiosas; padrões de comunicação entre os membros da família (WHALEY & WONG, 1999).

Quase todos os pais respondem a doença e à hospitalização de seus filhos com reações acentuadamente consistentes. A princípio, os familiares podem reagir com descrença, especialmente quando a doença é súbita e grave. Após a confirmação da doença os pais reagem com raiva ou culpa, ou ambas. Eles podem responsabilizar-se pela doença da criança ou ainda ficar irritados por terem feito algo de errado.

Os sentimentos mais comuns expressos pelos pais são os de medo, ansiedade e frustração. O medo e a ansiedade podem estar relacionados à gravidade da doença e aos tipos de procedimentos médicos envolvidos. Já o sentimento de frustração está frequentemente relacionado à falta de informação sobre os procedimentos e tratamentos, ainda por

desconhecimento das regras e regulamentos hospitalares, à sensação de serem indesejados pela equipe ou ao medo de fazer perguntas. Parte da frustração pode ser aliviada quando os pais estão cientes do que esperar e do que se espera deles, são encorajados a participar no cuidado de suas crianças e são considerados como colaboradores mais significativos para a saúde total da criança (WHALEY & WONG, 1999).

Rossi (2001) assinala que os familiares das pessoas que sofreram queimaduras se sentem culpados, não só porque, de alguma forma, podem ter contribuído para a ocorrência do acidente, mas porque infringiram uma regra legitimada socialmente, pois impõem aos outros a convivência com uma pessoa que foge aos padrões culturais aceitos. Complementa ainda que, em uma situação de queimadura, a mãe, em relação ao seu papel, sente culpa pelo acidente à medida que expressa não ter sido uma “boa mãe”, por não ter cumprido o seu papel aos olhos de sua família e da sociedade.

4.4 A Equipe de Enfermagem Frente à Criança em situação de Queimadura.

A equipe de enfermagem está em contato permanente com os pacientes, durante as 24 horas do dia. Esses profissionais participam ativamente de todo o processo que envolve o cuidado em uma Unidade de queimados.

Para Menezes & Silva (1988), os profissionais de enfermagem treinados e atuantes contribuem para o restabelecimento precoce do indivíduo com queimadura. O tratamento, pelas próprias características da queimadura, torna-se estressante, sendo difícil manter-se uma equipe estável.

Rodrigues (2000), refere que os profissionais de enfermagem devem investir na parceria pais/ profissionais para capacitar a família a compartilhar conhecimentos, práticas e recursos.

Já para Wright e Leahey (2002), a enfermagem tem como compromisso e obrigação incluir as famílias nos cuidados de saúde de seus membros. Mas para isso, o cuidado só poderá ser conquistado com responsabilidade e respeito, através de uma prática de avaliação e intervenção familiar confiável, na qual o enfoque deve ser a reciprocidade entre paciente, família e enfermeira. A equipe de enfermagem deve oferecer suporte aos familiares acompanhantes para enfrentar os estresses da doença da criança e seus sentimentos de culpa e impotência.

O objetivo do atendimento da equipe de enfermagem consiste em seguir o princípio de minimizar o sofrimento da criança em situação de queimadura, promovendo-lhe oportunidades de mais saúde e, principalmente, fazendo dessa criança um elemento ativo

dentro do processo de doença e hospitalização, valorizando a relação de influxos satisfatórios entre familiar acompanhante e criança compreendendo os riscos e seqüelas da separação desse binômio, buscando atingir a performance de uma atenção o mais plena e, portanto mais qualificada possível.

É desejável que os profissionais de enfermagem tenham noção que a doença compromete a criança como um todo, na sua integridade física e emocional, e que através do brincar e de uma parceria com a família dessa criança no cuidado, o sucesso do tratamento pode ser percebido mais rapidamente, bem como pode evitar ou minimizar possíveis prejuízos psíquicos posteriores (SCHIMITT e MÜLLER, 2004).

4.5 Queimadura na Infância

4.5.1 Histórico da Função Tegumentar

Para Brunner & Suddarth (2002), a pele é indispensável para a vida humana, sendo o maior sistema do corpo. Forma uma barreira entre os órgãos internos e o ambiente externo e participa de muitas funções vitais do organismo.

É composta de três camadas: epiderme, derme e tecido subcutâneo.

Os autores ainda citam que a epiderme é a camada mais externa de células epiteliais estratificadas, composta predominantemente de queratinócitos, sendo quase completamente reposta a cada 3 a 4 semanas.

A derme constitui a mais extensa porção da pele, proporcionando força e estrutura. Composta por duas camadas: a papilar e a reticular. A derme papilar situa-se diretamente abaixo da epiderme e é composta principalmente de células fibroblásticas capazes de produzir uma forma de colágeno, componente do tecido conjuntivo. A camada reticular situa-se abaixo da camada papilar e também produz colágeno e feixes elásticos. A derme também se constitui de vasos sanguíneos e linfáticos, nervos, glândulas sudoríparas e sebáceas e raízes pilosas. (BRUNNER & SUDDARTH, 2002).

O tecido subcutâneo ou hipoderme é a camada mais interna da pele. É um tecido principalmente adiposo, que proporciona um alcochoamento entre as camadas da pele, músculos e ossos. Ele promove a mobilidade da pele, modela o contorno corporal e faz o isolamento térmico do corpo. Os tecidos subcutâneos e a quantidade de tecido adiposo depositado são fatores importantes na regulação da temperatura corporal. (BRUNNER & SUDDARTH, 2002).

O pêlo consiste em uma raiz formada na derme e uma diáfise do pêlo que se projeta além da pele. Ele cresce em uma cavidade denominada folículo piloso. Na superfície dorsal dos dedos das mãos e dos pés, uma placa de queratina endurecida e transparente, denominada unha, sobrepõe-se à pele. Existem dois tipos de glândulas cutâneas – glândulas sebáceas e sudoríparas. As glândulas sebáceas são associadas ao folículo piloso. Os canais das glândulas sebáceas descarregam secreção oleosa nos espaços entre o folículo piloso e a haste do pêlo. As glândulas sudoríparas são encontradas na pele, existindo na maior parte da superfície corporal. Elas se concentram intensamente nas regiões palmares das mãos e plantares dos pés. (BRUNNER & SUDDARTH, 2002).

Dentre as funções do sistema tegumentar destacam-se: a proteção, sensação, equilíbrio hídrico, regulação da temperatura, produção de vitamina e função de resposta imune (BRUNNER & SUDDARTH, 2002).

4.5.2 Incidência

Nos EUA, aproximadamente 2,5 milhões de pessoas são vítimas de queimaduras anualmente, com 100.000 hospitalizações e 12.000 mortes. Dessas hospitalizações, 40% são de crianças abaixo dos 15 anos, com 2.500 mortes ao ano (FORJUOH, 2006).

Segundo Lopes et al. (2005), estima-se que em torno de um milhão de pessoas sofra algum grau de queimaduras no Brasil a cada ano e que 100 mil pacientes procurem atendimento hospitalar e, dentre estes, cerca de 2.500 morram por razão direta ou indireta de suas lesões. Destes acidentes, 75% acontecem em ambiente domiciliar, sendo os líquidos superaquecidos e os líquidos combustíveis os principais agentes. Destaca-se o álcool responsável por quase 20% de todas as queimaduras em nosso país, por ser um produto barato, de fácil acesso e sem restrição de compra.

A Sociedade Brasileira de Queimaduras coloca que, atualmente existem 52 centros de atendimento especializados no tratamento de queimaduras no Brasil, o que evidencia um numero bastante baixo e uma grande desigualdade na distribuição desses centros em nosso país. Na região Sudeste existe 34 centros e na região Norte nenhum. Muitas vezes, nos grandes centros urbanos, os leitos destinados aos pacientes queimados e os profissionais especializados nesta área são bem abaixo do necessário. Dentre os estados brasileiros, dez destes não possuem um Centro de tratamentos de Queimados, quais sejam: Acre, Amapá, Amazonas, Rio Grande do Norte, Rondônia, Roraima, Sergipe, Tocantins, Mato Grosso do Sul e Pará (MACIEL e SERRA, 2004).

4.5.3 Conceito

Segundo Menezes & Silva (1988); Serra e Gomes (1999), queimadura pode ser definida como a lesão dos tecidos orgânicos em decorrência de trauma de origem térmica, química, elétrica ou radiativa, podendo destruir parcial ou totalmente a pele e seus anexos, e até atingir camadas mais profundas, como tecido subcutâneo, músculo, tendões e ossos.

As queimaduras são a quarta principal causa de morte por lesão traumática em criança, sendo superadas apenas pelos acidentes automobilísticos, quedas e quase-afogamentos. Passam a ser a primeira causa de óbito por acidentes domésticos em crianças com idade inferior a 14 anos. A grande maioria das crianças vítimas de queimaduras têm idade inferior a 3 anos (MARCONDES, VAZ, RAMOS e OKAY, 2003).

Cerca de 50% de todas as vítimas de queimaduras são crianças, estando a maioria entre 1 a 5 anos de idade. Nessa faixa etária os agentes agressores mais frequentes são os líquidos superaquecidos, responsáveis pela escaldadura. Em crianças acima de 3 anos as queimaduras são ocasionadas por acidentes inflamáveis, sendo muito comum em nosso país queimaduras por combustão de álcool (SERRA e GOMES, 1999).

Marcondes, Vaz, Ramos e Okay (2003) complementam que, em crianças maiores, as queimaduras por fogo são mais comuns do que por líquidos, tendo agravo que as roupas prolongam o tempo de exposição da pele ao fogo, tornando a lesão mais grave, profunda e causadora de maior mortalidade.

4.5.4 Fisiopatologia

As lesões térmicas produzem tanto efeitos locais como sistêmicos que estão diretamente relacionados à extensão da destruição tecidual (WHALEY & WONG, 1999).

A aplicação de energia térmica causa lesão celular e tecidual devido à necrose de coagulação. No local da lesão, essa zona de necrose é cercada por uma zona de estase e por outra, mais periférica, de hiperemia (MARCONDES, VAZ, RAMOS e OKAY, 2003).

A área interna é conhecida como zona de coagulação, onde ocorre a morte celular. A área média é a zona de estase, onde há comprometimento do suprimento sanguíneo, inflamação e lesão tecidual. Esta área pode ter alguma extensão salva pela reposição de líquidos bem-sucedida. A área externa é a zona de hiperemia. Esta zona é essencialmente uma queimadura de primeiro grau, que deve cicatrizar-se dentro de uma semana (BRUNNER & SUDDARTH, 2002).

Para Gomes e Serra (1999); Marcondes, Vaz, Ramos e Okay (2003), com o trauma térmico há exposição do colágeno do tecido afetado, e conseqüentemente ativação e liberação

de histamina pelos mastócitos. A histamina provoca o aumento da permeabilidade capilar, que por sua vez, permite que haja extravasamento de água, sódio e proteínas plasmáticas na ferida e no espaço extravascular adjacente. Isto provoca, por um lado, importante edema tecidual, por outro, significativa hipovolemia. O edema da lesão será mais intenso na periferia (zona de hiperemia) do que na zona de estase, onde houve menor destruição da microvasculatura.

O débito cardíaco pode diminuir imediatamente após queimadura extensa, em até 30% do normal. As resistências vasculares sistêmica e pulmonar apresentam-se, nesse período inicial, aumentadas. A perda de volume intravascular, a diminuição do débito cardíaco e o aumento na resistência vascular sistêmica podem resultar em diminuição da taxa de filtração glomerular e oligúria.

Alterações hematológicas podem ser observadas em uma fase inicial à lesão, com queda na contagem de eritrócitos em até 10%. A pressão arterial não pode ser avaliada isoladamente para adequada reposição de volume na fase inicial do trauma térmico, tendo em vista a grande liberação de catecolaminas na circulação nesse período, capaz de manter a tensão arterial em seus limites normais apesar da severa hipovolemia. A hipertensão arterial tem sido relatada como complicação comum em crianças queimadas após a fase aguda da lesão. (GOMES e SERRA 1999; MARCONDES, VAZ, RAMOS e OKAY 2003).

4.5.5 Classificação

As queimaduras são descritas de acordo com a profundidade da lesão e com a extensão da superfície corporal queimada (SCQ). São classificadas conforme a profundidade da destruição tecidual como: lesões de espessura superficial (1º grau), lesões de espessura parcial (2º grau) ou lesões de espessura total (3º grau) (BRUNNER & SUDDARTH, 2002).

Considera-se **lesão de espessura superficial** aquelas que envolvem apenas a epiderme e caracterizam-se por edema, eritema e dor. A lesão tecidual geralmente é mínima e não há formação de flictenas, não deixando cicatrizes residuais. Este tipo de queimadura não provoca alterações hemodinâmicas, nem alterações clínicas significativas (BEHRMAN, KLIEGMAN e JENSON, 2002).

Brunner e Suddarth (2002); Behrman, Kliegman e Jenson (2002) afirmam que, a **lesão de espessura parcial** envolve lesão de toda a epiderme e uma parte variável da camada dérmica. A presença de flictenas, hiperemia, exsudato e dor caracterizam a lesão. Uma queimadura de segundo grau superficial é extremamente dolorosa porque um grande número de terminações nervosas viáveis remanescentes é exposto. Cicatriza em 7-14 dias à medida que o epitélio regenera-se na ausência de infecção. As queimaduras de segundo grau

intermédias a profundas também cicatrizam espontaneamente se as lesões forem mantidas limpas e sem infecção.

Ainda para os autores, a **lesão de espessura total** envolve a destruição total da epiderme e da derme e em alguns casos, o tecido subjacente é afetado. Apresenta um aspecto esbranquiçado e/ou marmóreo, há redução da elasticidade do tecido que se torna rígido. Pode apresentar, por transparência, vasos sanguíneos trombosados. A área queimada é indolor, já que as fibras nervosas são destruídas; os folículos pilosos e as glândulas sudoríparas são extinguidos. É a mais grave de todas as lesões térmicas, visto que provoca lesões deformantes, não restando tecido cutâneo capaz de se regenerar, havendo necessidade de enxertia para reparação da lesão. A lesão de espessura parcial profunda pode tornar-se lesões de espessura total em consequência, de infecções, ressecamento ou diminuição da circulação na lesão.

Segundo Pereima e Souza (2006) as queimaduras podem ser classificadas quanto à extensão da superfície corporal. Esta classificação permite a determinação da gravidade da queimadura.

- Pequenos queimados: SCQ menor que 10% em crianças abaixo de 1 ano, e menor de 15% em crianças maiores com queimaduras de 1º grau ou 2º grau superficiais.
- Grandes queimados: SCQ maior que 15% ou SCQ menor que 15%, mas com queimaduras de 2º grau profundas, e lesões que envolvem face, mãos, pés e períneo. Ainda incluem-se as queimaduras por inalação de fumaça e por eletricidade.

KNOBEL (1998), destaca que uma estimativa da SCQ total envolvida em uma queimadura é simplificada pelo uso da regra dos nove (anexo I). O corpo adulto pode ser dividido anatomicamente em onze áreas, cada uma compreendendo 9% da área total. Após avaliar as lesões de segundo e terceiro graus, a soma respectivas porcentagens representa a magnitude da lesão. Para Gomes e Serra (1999), a criança apresenta superfícies corporais parciais diferentes dos adultos, e a regra dos nove não deve ser aplicada nas mesmas, pela possibilidade de indução a erros grosseiros.

Brunner & Suddarth (2002), ressaltam que um método mais exato para avaliar a extensão de uma queimadura é o método de Lund e Browder (anexo II), que reconhece o percentual da SCQ de diversas regiões anatômicas, especialmente as que modificam com o crescimento, obtendo uma estimativa confiável da SCQ total queimada. A avaliação inicial é feita na chegada ao hospital e é revista no segundo e terceiro dia pós-queimadura, porque, em geral, a demarcação não está definida até esse momento.

Nas crianças com queimaduras espalhadas pelo corpo, um método para estimar o percentual queimado é o método da palma da mão. O tamanho da região palmar do paciente é

de aproximadamente 1% da SCQ (BRUNNER & SUDDARTH, 2002).

De acordo com Brunner e Suddarth (2002) as queimaduras que não excedem 25% da SCQ total produzem uma resposta principalmente local, enquanto as queimaduras que superam 25% da SCQ podem gerar uma resposta local e uma sistêmica, o que é considerado uma queimadura importante.

4.5.6 Manifestações Sistêmicas

Gomes e Serra (1999), enfatizam que o evento sistêmico inicial depois de uma queimadura importante é a instabilidade hemodinâmica. O débito cardíaco diminui antes que qualquer alteração significativa no volume fique evidente. À medida que a perda hídrica continua o volume vascular, o débito cardíaco e pressão arterial diminuem. Esse é o início do choque por queimadura. Como resposta, o sistema nervoso simpático libera catecolaminas que aumentam a resistência periférica (vasoconstrição) e a frequência do pulso. O volume máximo de extravasamento de líquidos ocorre nas primeiras 24 a 36 horas após a queimadura. Nas queimaduras que envolvem menos de 25% da SCQ total, a perda da integridade capilar e o deslocamento de líquido são localizados na própria queimadura, resultando na formação de flictena e edema apenas na área da lesão. Os pacientes com queimaduras mais graves desenvolvem edema sistêmico maciço. À medida que o edema aumenta, a pressão nos pequenos vasos sanguíneos e nervos provoca uma obstrução do fluxo sanguíneo e conseqüente isquemia. Essa complicação é conhecida como síndrome compartimental. Visando aliviar o efeito constritor do tecido queimado pode se realizar uma escarotomia (incisão cirúrgica na escara). A perda de líquido por evaporação através da queimadura pode alcançar 3 a 5 litros durante um período de 24 horas, até que as superfícies queimadas estejam cobertas. Alguns eritrócitos podem ser destruídos e outros lesados, resultando em anemia. Apesar disto, o hematócrito do paciente pode estar elevado devido à perda de plasma.

A queimadura apresenta condições peculiares que favorecem o desenvolvimento de infecção, não só pelas alterações imunodepressoras, mas também pelas condições da lesão predisponentes ao crescimento bacteriano. Uma conseqüência da infecção na queimadura é o crescimento lateral desta lesão, com as bactérias avançando lateralmente nos tecidos não queimados, contribuindo para ampliação do tecido lesado. As alterações de coloração da queimadura constituem sinais auxiliares no diagnóstico de infecção; a alteração da coloração rósea para azul esverdeada, entremeada de áreas escurecidas de necrose deve-se suspeitar de infecção. O aumento significativo das secreções ou as queimaduras secas e de odor fétido podem sugerir infecção grave (GOMES & SERRA, 1999).

Todos os pacientes com lesão por queimadura devem receber reforço da vacina antitetânica se completaram a imunização primária, mas não receberam uma dose de reforço nos últimos cinco anos. Os pacientes sem imunização prévia devem receber imunoglobulina antitetânica e imunização primária. (BRAUNWALD, et al, 2002).

Fleisher, Ludwig e Silverman (1998) destacam que, o tratamento imediato da hipovolemia que ocorre precocemente nas lesões térmicas severas é de fundamental importância. É recomendada a infusão de cristalóides durante as primeiras 24 horas, porque o colóide extravasa através dos capilares, aumentando o edema intersticial. Após a restauração da integridade capilar, o colóide é usado para expansão de volume. É crucial controlar a adequação da terapia com avaliação freqüente da circulação e monitorização do débito urinário. As crianças devem produzir pelo menos 1ml/kg/hora de urina. A oligúria, determinada por essa medida é quase sempre o resultado de administração inadequada de fluídos. A hiperglicemia pode causar uma diurese osmótica e complicar a assistência ao paciente queimado. Antes que as infusões sejam diminuídas em resposta ao débito urinário excessivo à medida da glicemia deve ser feita.

Após o período inicial de choque e a restauração do equilíbrio hídrico é o tratamento da área queimada. Os objetivos do tratamento da lesão incluem a prevenção de infecções, remoção de tecidos desvitalizados e fechamento da ferida. A utilização de curativos e a terapia antimicrobiana tópica reduzem a dor, diminuindo ao máximo a exposição ao ar (WHALEY & WONG, 1999).

4.5.7 Balneoterapia

A balneoterapia é empregada para limpeza das queimaduras. Consiste no banho diário com água corrente, clorada, não sendo indicada a utilização de água estéril. Tem por objetivos: favorecer a retirada das últimas camadas de gazes aderidas, remover secreções e parte de tecidos necrosados; prevenir seqüelas de posicionamento e de retração cicatricial, mediante movimentos e exercícios ativos, executados em condições favoráveis encontrados na imersão; promover a cicatrização da lesão pela estimulação da circulação sangüínea. A principal contra indicação da conduta é a auto-infecção. O processo favorece a disseminação microbiana. Considerando que o queimado é imunologicamente deprimido, os microorganismos existentes nos orifícios naturais e aqueles existentes na pele íntegra também se tornam infectantes da área queimada. (MENEZES & SILVA (1988).

4.5.8 Curativos

Brunner e Suddarth (2002), em seu estudo, colocam que a terapia antimicrobiana aplicada à queimadura é o melhor método de cuidado local na queimadura extensa. A antibioticoterapia tópica não esteriliza a queimadura; ela apenas diminui a quantidade de bactérias, de modo que a população microbiana total possa ser controlada pelos mecanismos de defesa do hospedeiro. A terapia tópica promove a conversão da lesão suja e aberta em uma lesão limpa e fechada.

Um curativo adequado deve satisfazer diversas funções: em primeiro lugar, deve proteger o epitélio danificado, minimizar a colonização bacteriana e fúngica, e ainda, providenciar imobilização para manter a posição funcional adequada. Em segundo lugar, deve ser oclusivo para diminuir as perdas de calor e a agressão pelo frio. Em terceiro lugar, o curativo deve providenciar conforto à ferida dolorosa (TOWNSEND, BEAUCHAMP, EVERS, MATTOX, 2005).

Brunner e Suddarth (2002) afirmam que, durante a troca de curativo, as lesões são limpas e desbridadas para retirar os resíduos, qualquer agente tópico remanescente, exsudato e pele morta. A lesão e a pele circunvizinha são cuidadosamente inspecionadas. A coloração, odor, tamanho, exsudato, sinais de reepitelização e outras características da lesão e da escara são notados, bem como quaisquer alterações em relação à troca de curativo anterior.

4.5.8.1 Agentes Tópicos

Pereima e Souza (2006) descrevem que, a sulfadiazina de prata 1% tem a finalidade de desbridar tecidos necrosados e combater a infecção local. É recomendada em queimaduras de segundo e terceiro graus. É facilmente aplicada e removida, não provocando dor e apresentando poucos efeitos colaterais. Sendo a leucopenia transitória o mais freqüente.

O acetado de mafedine (Sulfamilon) é um agente tópico que apresenta uma boa difusão através da escara até a interface entre o tecido necrótico/viável, tendo boa atividade bacteriostática (PEREIMA e SOUZA, 2006).

4.5.8.2 Curativos Sintéticos e Biológicos

Os curativos sintéticos e biológicos representam uma alternativa aos curativos com antimicrobianos. Essas variedades de curativos providenciam um revestimento estável sem trocas dolorosas de curativos, fornecem uma barreira às perdas evaporativas e reduzem a dor nas lesões. Eles não inibem a epitelização. Esses revestimentos incluem aloenxertos (pele de cadáver), xenoenxertos (pele suína). Os curativos sintéticos e biológicos, mais

freqüentemente são utilizados para cobrir feridas de segundo grau enquanto o epitélio subjacente cicatriza, ou para cobrir ferimentos de espessura total para os quais o auto-enxerto ainda não está disponível. Cada tipo de curativo apresenta vantagens e desvantagens (TOWNSEND, BEAUCHAMP, EVERS, MATTOX, 2005).

Inadine é um curativo não aderente estéril, para aplicação tópica em feridas impregnada com uma solução que contém iodopovidine a 10%. A compressa contém também polietilenoglicol e água purificada. A compressa Inadine foi concebida para proteger a ferida, mesmo se infectada. Esta compressa é indicada para o tratamento de úlceras e pode também ser empregue para a prevenção de infecção em pequenas queimaduras, e em pequenas lesões traumáticas por perda de pele. A compressa inadine proporciona um efeito antisséptico, que ajuda a controlar a infecção. Sua característica de não aderência protege o tecido do leito da ferida e evita a dor no momento da troca. (<http://www.endocenterpe.com.br/ethicon.html>). Acessado em 22 maio de 2007.

Jelonet é um curativo composto por tela de malha de algodão impregnada com parafina. Indicado para o tratamento de lesões de pele limpas, protegendo-as, evitando a ruptura do tecido de granulação, na troca do curativo. (<http://www.endocenterpe.com.br/ethicon.html>). Acessado em 22 maio de 2007.

Adaptic é um curativo primário feito de um tecido em malha de acetato de celulose e impregnado com uma emulsão de petrolatum. Foi projetado para proteger a lesão, evitando a aderência. É indicado tanto para lesões secas como também para lesões com exsudato intenso, onde é necessário evitar a aderência do curativo ao leito da ferida. (<http://www.endocenterpe.com.br/ethicon.html>). Acessado em 22 maio de 2007.

Nu-Gel - Hidrogel com Alginato é um gel transparente, hidroativo, amorfo, contendo alginato de sódio. O hidrogel cria um ambiente de hidratação na recuperação de feridas que ajuda a autólise enquanto o componente de alginato aumenta sua consistência facilitando a sua aplicação. O gel pode ser usado para amolecer e hidratar áreas necróticas ou desvitalizadas, facilitando suas remoções. (<http://www.endocenterpe.com.br/ethicon.html>). Acessado em 22 maio de 2007.

Fibracol Plus é um curativo de colágeno com Alginato, combina resistência e apoio estrutural do colágeno e as propriedades de formação de gel do alginato em um curativo tópico macio, altamente absorvente e flexível. Ele mantém um microambiente fisiologicamente úmido na superfície da ferida que é condutivo à formação de tecido de granulação, epitelização e faz com que a cicatrização ocorra mais rapidamente. Embora o Fibracol Plus seja composto de apenas 10% de alginato, sua capacidade de absorção é

equivalente à de um curativo de 100% de alginato. (<http://www.endocenterpe.com.br/ethicon.html>). Acessado em 22 maio de 2007.

Membracel é uma membrana regeneradora porosa, constituída de microfibrilas de celulose cristalina. A membrana Membracel porosa, quando aplicada em lesões que exsudam em demasia, permite a drenagem do exsudato e a absorção por material absorvente colocado em contato com a sua superfície externa, e/ou eliminado pela prática de ordenha. O contato direto desta com o leito da lesão, tem o objetivo de promover o desenvolvimento e o crescimento acelerado do tecido de granulação. Simultaneamente ocorre o isolamento dos terminais nervosos expostos, resultando no alívio da dor e a orientação tecidual guiada da epiderme quando a lesão torna-se rasa, acelerando o processo de cicatrização. Membracel porosa é indicada para os tratamentos preventivo e curativo de lesões resultantes da perda do epitélio, especialmente as com grande potencial de infecção, que sejam caracterizadas como ferimento superficial ou profundo da pele, com exsudação abundante ou escassa. (<http://www.membracel.com.br/index.htm>) Acessado em: 22 de maio de 2007.

A Colagenase é a única enzima comercializada em Portugal e está disponível sobre a forma de pomada, estando indicada no desbridamento enzimático dos tecidos necrosados ou fibrinosos, sendo que a sua eficácia depende da penetração na crosta. É, pois por isso recomendada, a realização de alguns cortes na mesma para facilitar a penetração da pomada através dos tecidos necrosados secos. (http://www.forumenfermagem.org/index2.php?option=com_content&do_pdf=1&id=2489). Acessado em: 22 maio de 2007.

Os curativos biológicos incluem xenoenxerto e aloenxertos. Esses curativos representam o revestimento ótimo da queimadura na ausência de pele normal. Os curativos biológicos podem ser usados para recobrir qualquer ferimento de forma temporária. Eles são apropriados a lesões maciças de espessura parcial para ocluir o ferimento e permitir que a cicatrização ocorra abaixo do curativo. As desvantagens incluem a possibilidade de transmissão de doenças virais com os aloenxertos (TOWNSEND, BEAUCHAMP, EVERS e MATTOX, 2005).

4.5.9 Matriz Dérmica

O Integra é um produto que combina uma matriz colágena a uma camada externa de silicone. A matriz colágena é incorporada ao ferimento e, após duas a três semanas, a camada de silicone é removida e substituída por um auto-enxerto disponível. Sua vantagem está em

poder ser usado em queimaduras de espessura total para cobrir o ferimento. Não possuem atividade antimicrobiana. (TOWNSEND, BEAUCHAMP, EVERS, MATTOX, 2005).

4.5.10 Enxertia

Gomes e Serra (1999), descrevem alguns fatores que influenciam a integração dos enxertos:

- Vascularização do leito – Quando o tecido de granulação apresenta-se firme e vermelho, é o reflexo de que a vascularização do leito está adequada. Este tecido é removido e o enxerto colocado sobre o plano uniforme do tecido conjuntivo subjacente.
- Imobilização da área receptora – Nas áreas de flexão é aconselhado o uso de calhas gessadas, pois o deslocamento dos enxertos após a cirurgia levará à perda.
- Prevenção de hematomas e soromas – Coleções formadas após a colocação do enxerto devem ser drenadas.

Condições para realização de enxertos - A área receptora do enxerto deve estar livre de infecção e de tecidos necróticos, por meio de curativos e desbridamentos.

Indicações para enxertia – Queimaduras profundas necessitam de enxerto, pois a destruição de todas as camadas da pele torna inviável a cicatrização, sobretudo de áreas extensas. (GOMES e SERRA,1999).

Segundo Brunner e Suddarth (2002), quando as lesões são profundas ou extensas, a reepitelização espontânea não é possível. Portanto, a cobertura da queimadura é necessária até que um auto-enxerto seja possível.

Gomes e Serra (1999) classificam os tipos de excisão:

- Tangencial – Quando o plano excisional atinge até a derme profunda.
- Fascial – Reservada para queimaduras muito profundas com o plano excisional que alcance a fáscia muscular.

Tentativas são feitas para excisar-se tangencialmente visando a otimizar o resultado estético. Raramente, faz-se a excisão no nível da fáscia para remover todo o tecido não-viável, devido a possibilidade de infecção. Essas excisões podem ser realizadas com controle por torniquete, ou com aplicação de epinefrina e trombina para minimizar a perda sanguínea. Após a excisão de uma queimadura, a ferida deve ser recoberta. Esse revestimento é idealmente a própria pele do paciente, pois esta não sofre rejeição pelo sistema imune (TOWNSEND, BEAUCHAMP, EVERS, MATTOX, 2005).

A maioria dos cirurgiões excisa a queimadura na primeira semana, às vezes em operações seriadas, pela remoção de 20% da queimadura por operação em dias subsequentes. Outros removem a totalidade da queimadura em um único procedimento cirúrgico; entretanto, isso pode ser limitado pelo desenvolvimento de hipotermia ou volumosa perda sanguínea continua.

Um método típico de tratamento é a utilização de auto-enxertos amplamente expandidos que permite cobrir uma área 3 vezes maior que a área doadora (TOWNSEND, BEAUCHAMP, EVERS, MATTOX, 2005). Quando o sangue, soro, ar, tecido adiposo ou tecido necrótico se situa entre o sítio receptor e o enxerto, pode haver perda parcial ou total do enxerto. A infecção e o manuseio errôneo do enxerto, bem como o trauma durante as trocas de curativo, podem contribuir para a perda de enxerto (BRUNNER & SUDDARTH, 2002).

4.5.11 Tratamento Ambulatorial

A intensidade ou a evolução desfavorável de uma queimadura de menor gravidade, independentemente do tipo, pode resultar em seqüelas com prejuízo funcional da área atingida. O prejuízo pode ser funcional e estético, acarretando um custo social elevado e muitas vezes atingem de forma grave a auto-imagem. O tratamento da seqüela estabelecida é lento, requerendo múltiplas etapas para uma correção adequada, ainda que parcial (FILHO, 2006).

Gomes e Serra (1999) destacam que as cicatrizes hipertróficas e os quelóides são processos semelhantes e histologicamente indistinguíveis. As cicatrizes hipertróficas são tensas, avermelhadas, dolorosas, pruriginosas, lateralmente não ultrapassam os limites da cicatriz inicial, tendem a regredir e não costumam recidivar após excisão cirúrgica. Os quelóides ultrapassam os limites do traumatismo inicial, apresentam forma tumoral, podem ser dolorosos, pruriginosos, não têm tendência à regressão e possui alta incidência de recidiva.

As áreas cicatrizadas que estão propensas à cicatrização hipertrófica exigem que o paciente use uma roupa compressiva. A aplicação de roupas de compressão elástica amolece os feixes de colágeno e encoraja a orientação em paralelo do colágeno em relação à superfície da pele com o desaparecimento dos nódulos dérmicos. À medida que a pressão continua com o passar do tempo, existe uma reestruturação do colágeno, assim como uma diminuição na vascularidade e celularidade. Há necessidade do uso das malhas compressivas, em média durante um ano depois da lesão (BRUNNER E SUDDARTH, 2002).

De acordo com Gomes e Serra (1999) as indicações para uso de malhas são:

- Lesões que demoram 10 a 14 dias para epitelizar em pacientes com história pregressa de quelóides;
- Lesões que demoram 14 a 21 dias para epitelizar - uso profilático;
- Lesões que demoram mais de 21 dias para epitelizar - uso obrigatório.
- As massagens circulares compressivas promovem drenagem linfática e auxiliam a vascularização local.

As placas de gel de silicone podem ser usadas sob a malha compressiva. O fluido do silicone combinado com a hidratação proporciona um efeito local satisfatório.

4.5.12 A Dor

Dor é definida pela Sociedade Internacional para o Estudo da Dor (IASP) como uma experiência sensitiva emocional desagradável relacionada à lesão tecidual ou descrita em tais termos (MERSKEY, BOGDUK, 1994). Trata-se de uma manifestação subjetiva, que envolve mecanismos físicos, psíquicos e culturais.

A *Joint Commission on Accreditation on Healthcare Organizations* (JCAHO) publica uma norma que descreve a dor como quinto sinal vital (BOOSS et al, 2000). Portanto, ela deve ser sempre avaliada e registrada ao mesmo tempo em que são verificados ou outros sinais vitais. Esse ato é necessário para que exista conhecimento da conduta tomada, sua razão e seus resultados (BAGATINI et al, 2001). A queixa da dor deve ser sempre valorizada e respeitada, devido ao desconforto que manifesta.

A dor da queimadura está geralmente relacionada com atividades específicas tais como limpeza da ferida, desbridamento, mudança de curativos e fisioterapia. Os profissionais de saúde e pacientes apontam a hora do banho e curativo como os momentos mais dolorosos para o paciente portador de queimaduras. Durante o banho, a hora em que a água entra em contato com as lesões é relatada como um momento muito doloroso (ROSSI et al, 2000).

Segundo Rossi et al. (2000), independentemente do uso da medicação durante a realização dos procedimentos, as manifestações de dor envolvem desde o silêncio até gritos, choro e súplicas para que o sofrimento seja extinguido. A ansiedade antecipada sobre procedimentos, que podem ou não ser dolorosos, pode causar um aumento progressivo no grau de dor sentida pelo paciente e também provocar insônia, muito freqüente entre pacientes queimados, e pode torná-los menos tolerantes a dor.

Jackson (1992), afirma que a dor não é visível, portanto, inferimos a presença desta indiretamente através de observação ou comunicação do sofrimento e do comportamento da

dor. Este comportamento é uma tentativa de comunicar uma experiência que envolve comoção, sofrimento, desmoralização e outros sentimentos, o que talvez torne a visão da dor irreal (emocional) separada da dor real (física) uma tarefa impossível. Vários aspectos da cultura estão envolvidos na determinação do significado da dor como gênero, religião e classe social. Outros aspectos psicológicos e emocionais, também influenciados pela cultura, podem reforçar este significado como a culpa, o medo, raiva, luto e depressão.

As crianças que apresentam lesões por queimaduras mostram flutuações freqüentes e amplas na intensidade da dor. A avaliação da dor depende da profundidade da queimadura, estágio de cicatrização, idade e estágio do desenvolvimento emocional, cognição, experiência e eficiência da equipe de tratamento, uso de analgésicos e outras drogas, limiar da dor e fatores interpessoais e culturais (BEHRMAN, KLIEGMAN e JENSON, 2002).

4.5.12.1 Fisiologia da Dor:

O sistema nervoso é composto de dois componentes funcionais: Sistema Nervoso Periférico (SNP) e Sistema Nervoso Central (SNC). É através do SNP que o estímulo da dor é percebido e captado. Os nervos sensoriais e motores da coluna espinhal conectam os tecidos e órgãos ao SNC, completando assim este sistema (TAMEZ e SILVA, 2002).

“Os receptores da dor são encontrados ao longo dos tecidos do corpo e estão divididos em algumas categorias: (1) receptores mecânicos, que captam informações táteis como pressão, toque, vibração; (2) receptores térmicos, que captam informações térmicas; (3) receptores químicos, que detectam as químicas do organismo, como olfato, paladar e alterações bioquímicas do sangue; (4) receptores eletromagnéticos, que detectam informação transmitida pela luz e pelo som; e (5) receptores da dor ou terminações nervosas livres, que detectam lesões tanto físicas como químicas e nível dos tecidos (TAMEZ e SILVA, 2002, p. 46)”.

O sinal da dor é, então, transmitido para o cérebro, onde a percepção da dor ocorre. Uma vez que a sensação atinge o cérebro, respostas emocionais podem aumentar ou diminuir a intensidade da dor percebida (TAMEZ e SILVA, 2002).

4.6 Brinquedo Terapêutico

Brincar é uma atividade em que a criança aprende a viver, ajuda seu desenvolvimento, abre caminhos para que descubra seu papel no mundo e contribui para formação de conceitos sobre si mesma (SCHIMITT e MULLER, 2004). É através do brincar e dos diferentes tipos de brinquedos que a criança, de acordo com a idade, desenvolve o seu potencial nas distintas áreas de socialização, linguagem, psicomotricidade e criatividade (SILVA, 1998).

Para Ribeiro (2002), a definição do brincar demonstra o quanto a atividade lúdica é essencial para o desenvolvimento infantil. A característica fundamental do brinquedo não está nos instrumentos utilizados ou no resultado obtido, mas na atividade subjetiva da criança durante a brincadeira, a qual a vivencia um prazer específico intenso que por si só justifica a grande necessidade de atividade lúdica da criança.

O brincar deve ser entendido como uma necessidade vital da criança, capaz de contribuir para seu desenvolvimento global, de forma plena e harmoniosa. Através dele, a criança torna-se criativa, aprende acerca de si e do mundo a sua volta, lida com seus próprios sentimentos e emoções e o das outras pessoas. Estabelece relações entre o imaginário e a realidade e constrói uma ponte entre o seu próprio ser e o mundo de significados e objetos (SCHIMITT e MULLER, 2004).

O brincar se apresenta como fundamental tanto ao desenvolvimento cognitivo e motor da criança quanto à sua socialização, sendo um importante instrumento de intervenção em saúde durante a infância (JUNQUEIRA, 1999).

A humanização no ambiente hospitalar pode ser melhor trabalhada, oferecendo um ambiente favorável, estruturando programas dirigidos especialmente à criança, através da inclusão do brinquedo neste ambiente (SOARES, 2001).

Quando o cuidado à criança envolve o brincar e este permite ver o mundo com os olhos da criança, tornamos o Brinquedo terapêutico. Por isso o Brinquedo Terapêutico deve fazer parte do cuidado de Enfermagem à criança hospitalizada. Ele não deve ser visto apenas como instrumento de brincadeiras, mas sim como um instrumento que permita a expressão dos sentimentos da criança durante sua permanência no hospital e diminuir os efeitos adversos dessa vivência no seu desenvolvimento futuro (SILVA, 1998).

Brinquedo Terapêutico constitui-se num brinquedo estruturado para a criança minimizar a ansiedade gerada por experiências atípicas para sua idade que costumam ser ameaçadoras, devendo ser usado quando a criança apresenta dificuldade em compreender ou lidar com suas experiências. Tem o objetivo de obter uma melhor compreensão das necessidades da criança e a função de auxiliar no preparo para procedimentos terapêuticos,

bem como para aliviar sua tensão após os mesmos, dramatizando as situações vividas e manuseando os instrumentos utilizados ou objetos de brinquedo que representem. Todo brinquedo é potencialmente terapêutico, pois o brinquedo comum torna-se terapêutico quando promove o bem-estar psicofisiológico da criança (RIBEIRO, 2002).

O Brinquedo Terapêutico pode ser classificado em três tipos (BORBA, 2002):

- Brinquedo dramático ou catártico, que permite descarga emocional;
- Brinquedo instrucional, que objetiva explicar os procedimentos à criança;
- Brinquedo capacitador de funções fisiológicas, capacitando a criança para o uso das suas funções de acordo com a condição biofísica.

Segundo Borba (2002), o Brinquedo Terapêutico instrucional permite à criança:

- Compreender a finalidade do procedimento;
- Envolver-se na situação em vez de ser tratada como objeto passivo;
- Manipular o material da experiência previamente e posteriormente;
- Estabelecer relação de confiança no adulto e profissional.

A criança em situação de queimadura tem a imagem corporal alterada pelo impacto do trauma sofrido. O cuidado de enfermagem a esta criança deve ultrapassar a prestação de cuidados físicos. Consideramos o Brinquedo Terapêutico como uma estratégia não só importante, mas essencial, por ser parte integrante do cuidado de enfermagem. Para que a criança seja atendida em sua totalidade, o cuidar deve compreender também as necessidades emocionais, sociais e abranger a utilização de técnicas adequadas de comunicação e relacionamento, entre as quais, encontra-se o brinquedo que tem se mostrado efetivo instrumento de intervenção de enfermagem.

De acordo com Silva (1998), os profissionais de enfermagem que lidam com a criança devem conhecer os diferentes aspectos e fatores que influenciam no seu desenvolvimento, para prestar um cuidado mais humanizado, utilizando técnicas como o Brinquedo Terapêutico, proporcionando um atendimento mais integral à criança hospitalizada.

O Brinquedo Terapêutico, como instrumento de ajuda na orientação, não evita que a criança experimente procedimentos dolorosos. Mas permite que a criança orientada e fortalecida, principalmente no aspecto psicológico, tenha condições de lidar com seu próprio mundo, não importando o que este reserve para ela. O brinquedo fortalece a sua capacidade de escolha própria e sua auto-confiança (Silva, 1998).

O brinquedo pode vir a auxiliar a criança em situação de queimadura a enfrentar as situações dolorosas e estressantes como a hora do banho, curativo e intervenções cirúrgicas. O

Brinquedo Terapêutico proporciona a compreensão das experiências vivenciadas pela criança durante sua hospitalização e permite desvendar a necessidade dos procedimentos, cooperando durante sua realização e reduzindo as reações traumáticas, como choro, grito e agressões.

Segundo Sabates, Ribeiro e Borba (1995), o Brinquedo Terapêutico pode ser usado por enfermeiras que conheçam a técnica de utilização, para qualquer criança hospitalizada. As sessões podem ser realizadas na sala de brinquedos do hospital, na cama da criança ou em qualquer outra área, geralmente tem duração de quinze a 45 minutos.

O material a ser utilizado deverá ser variado o suficiente para permitir que a criança possa dramatizar situações domésticas e hospitalares, exteriorizar sentimentos de raiva e hostilidade, manifestar sentimentos regressivos e ter oportunidade de expressar-se livremente (SABATES, RIBEIRO e BORBA, 1995).

4.7 Humanização do Cuidado

Rolim e Cardoso (2006) comentam que humanizar é adotar uma prática em que ambos, profissional e paciente, são considerados em seus aspectos físicos, sociais e subjetivos. A humanização irá prever um encontro entre a pessoa doente e a equipe de enfermagem em que a condição essencial é a vontade de encontrar e de ser encontrado. O encontro pressupõe olhar, escuta, contato claro, aberto e amoroso.

Segundo o site do Hospital Infantil Joana de Gusmão (HIJG) (<http://www.saude.sc.gov.br/hijg/GTH/Principal.htm>). No ano de 2004, o Sistema Único de Saúde (SUS) criou a Cartilha de Política Nacional de Humanização: Humaniza SUS. A idéia foi promover melhorias na Rede Pública de Saúde, através da avaliação e posteriores mudanças nas instituições que necessitassem. Esta cartilha classifica as instituições em dois parâmetros, denominados níveis (A e B), para que seja feita a adesão à Política Nacional de Humanização (PNH).

Após algumas ações, o HIJG está apto a atuar no nível A, que é o mais elevado. Através do Grupo de Trabalho de Humanização (GTH), sob a coordenação da Enfª Clarice Raquel Sielski e da coordenadora do Serviço de Atenção Hospitalar Humanizada, Drª Leonice Teresinha Tobias, serviços do nível A (do HumanizaSUS) como Ouvidoria e Visita Aberta já estão em pleno funcionamento.

O HIJG recebeu em 2004 o Prêmio Fernando Figueira dado pelo Ministério da Saúde, juntamente com mais 10 instituições do Brasil pelo atendimento pediátrico humanizado e pelo estímulo ao aleitamento materno.

O Hospital Infantil como integrante da Política Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar do Ministério da Saúde, criou o Grupo de Trabalho de Humanização (GTH) do HIJG. O Grupo é formado por profissionais de diversas áreas que se reúnem uma vez por semana, procurando empreender uma política institucional de resgate da humanização na assistência à saúde, em benefício dos usuários e dos profissionais de saúde.

A humanização hospitalar no HIJG existe desde 1975, porém, somente foi instituído como serviço, em organograma, em fevereiro de 2003. Este serviço é constituído de uma coordenação e eixos de apoio ao funcionário, aos acompanhantes, à pesquisa, à docência, comunitário e grupo de humanização hospitalar, conforme o Regimento Interno.

São realizadas semanalmente reuniões de rotina pelo Grupo de Trabalho de Humanização e pelos programas e ações desenvolvidas pelo Serviço de Humanização Hospitalar. As reuniões temáticas e administrativas são realizadas mensalmente.

O Grupo de Trabalho de Humanização é constituído por: um médico, uma enfermeira, uma assistente social, uma psicóloga, um escriturário, quatro bolsistas, equipe interdisciplinar de assistência e Associação dos Voluntários da Saúde. O grupo conta ainda com uma sala ampla, com conforto térmico, telefone, computador com acesso à Internet, impressora, scanner e mobília de escritório.

O principal objetivo do GTH, conforme o site é favorecer o acolhimento do usuário hospitalizado, bem como desenvolver programas de educação permanente para os funcionários.

Segundo o site da Humanização da Saúde (<http://www.portalhumaniza.org.br/ph/texto.asp?id=80>) o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), com o objetivo de promover uma mudança de cultura no atendimento de saúde no Brasil.

O PNHAH propõe um conjunto de ações integradas que visam mudar substancialmente o padrão de assistência ao usuário nos hospitais públicos do Brasil, melhorando a qualidade e a eficácia dos serviços hoje prestados por estas instituições.

É seu objetivo fundamental aprimorar as relações entre profissional de saúde e usuário, dos profissionais entre si, e do hospital com a comunidade.

Ao valorizar a dimensão humana e subjetiva, presente em todo ato de assistência à saúde, o PNHAH aponta para uma requalificação dos hospitais públicos, que poderão tornar-se organizações mais modernas, dinâmicas e solidárias, em condições de atender às expectativas de seus gestores e da comunidade.

De acordo com informações colhidas no site do ministério da saúde (http://portal.saude.gov.br/saude/area.cfm?id_area=390), os Princípios básicos da Política de Humanização são:

- Valorização da dimensão subjetiva e social em todas as práticas de atenção e gestão no SUS, fortalecendo o compromisso com os direitos do cidadão, destacando-se o respeito às questões de gênero, etnia, raça, orientação sexual e às populações específicas;
- Fortalecimento de trabalho em equipe multiprofissional, fomentando a transversalidade e a grupalidade;
- Apoio à construção de redes cooperativas, solidárias e comprometidas com a produção de saúde e com a produção de sujeitos;
- Construção de autonomia e protagonismo dos sujeitos e coletivos implicados na rede do SUS;
- Co-responsabilidade desses sujeitos nos processos de gestão e atenção;
- Fortalecimento do controle social com caráter participativo em todas as instâncias gestoras do SUS;
- Compromisso com a democratização das relações de trabalho e valorização dos profissionais de saúde, estimulando processos de educação permanente.



*A crença na capacidade humana de amar e
compartilhar sua humanidade é a verdadeira base
para que se estabeleça o cuidado humanizado.*
(OLIVEIRA e BRÜGGEMANN, 2003).

5. CAMINHO METODOLÓGICO

A metodologia é entendida, como um recurso que contém todos os conceitos necessários para o alcance dos objetivos e como deverão ser aplicados, aliando as reflexões teóricas com a prática que será realizada. Tem a finalidade de demonstrar a proposta de implementação do processo de Enfermagem baseado na Teoria Humanista de Paterson e Zderad que foi desenvolvida durante a prática assistencial. Abordaremos o local da prática assistencial, a população alvo e as estratégias gerais que foram utilizadas para atingir os objetivos propostos.

5.1 Descrição do Local da Prática Assistencial

Para o desenvolvimento da nossa prática assistencial, optamos pela Unidade de Queimados do Hospital Infantil Joana de Gusmão (HIJG), localizado na Rua Rui Barbosa, 152, bairro Agrônômica, na cidade de Florianópolis, Santa Catarina.

No período compreendido entre 1939 a 1962, chegaram a Santa Catarina vários pediatras com o objetivo de fundar e organizar a pediatria catarinense. Na evolução, um grupo de pediatras fundou em Florianópolis, o Hospital Infantil Edith Gama Ramos, e em 13 de março de 1979, Ano Internacional da Criança, é inaugurado o Hospital Infantil Joana de Gusmão - HIJG, substituindo o Hospital Edith Gama Ramos.

O HIJG, cuja construção teve início em abril de 1977, deve seu nome a uma homenagem à Beata Joana de Gusmão. Nascida em Santos, São Paulo, em 1688, a beata viveu um período de sua vida em Santa Catarina, nas proximidades da Lagoa da Conceição, dedicando-se à construção de capelas e atendimentos às crianças.

O Hospital Infantil Joana de Gusmão (HIJG), é vinculado à Secretaria Estadual de Saúde. Possui uma área de 22.000 m² sendo dividido nas seguintes Unidades de internação: A (Adolescente e Apartamento), B, C, D, E, HDC, Berçário, Emergência Interna, Isolamento, Oncologia, Queimados, UTI Geral e UTI Neonatal.

As unidades são especializadas em: Cardiologia, Cirurgia (Pediátrica Geral, Plástica, Oftalmologia, Ortopedia, Otorrinolaringologia, Urologia, Vascular, Bucomaxilofacial), Desnutrição, Gastroenterologia, Nefrologia, Neurocirurgia, Neurologia, Oncologia, Queimadura, Pneumologia e Terapia Intensiva.

O HIJG atua como pólo de referência Estadual para as patologias de baixa, média e alta complexidade, sendo: 68,83% pacientes oriundos de Florianópolis e da Grande

Florianópolis (São José, Palhoça, Biguaçu, Santo Amaro da Imperatriz) e 31,17% de outros municípios do Estado de Santa Catarina.

Atualmente, conta com 138 leitos ativos, 856 funcionários, sendo que 34 enfermeiros, 65 técnicos de enfermagem, 189 auxiliares de enfermagem e 35 auxiliares de serviços hospitalares assistenciais compõem a gerência de enfermagem.

É missão do HIJG, *“Prestar, de acordo com princípios éticos e humanizados, atendimento preventivo, curativo e social a crianças e adolescentes, bem como formar e capacitar recursos humanos e incentivar a pesquisa clínica”*.

O hospital tem como visão *“Permanecer como centro de excelência e de referência para o Estado de Santa Catarina”*.

O HIJG apresenta como filosofia de enfermagem,

“A busca da sabedoria que, segundo os antigos, era a capacidade de aplicar conhecimentos, coerente e oportunamente às situações vivenciadas no dia-a-dia. O ser Criança: é um ser humano em processo de formação biopsicossocial e espiritual, influenciado por fatores genéticos, afetivos, psicológicos, culturais e sociais de sua família e de onde vivem que requer cuidados de enfermagem planejados de acordo com as suas necessidades. O ser Enfermeiro: é um ser humano, com habilidades, conhecimento e sentimentos, a quem lhe foi outorgado o direito de cuidar de gente. Em outras palavras, o ser enfermeiro é gente que cuida de gente”.

Segundo o site do hospital, à Unidade de Queimados compete: Prestar assistência ao paciente queimado nas diversas fases de evolução e recuperação do trauma, na faixa etária de 0 a 15 anos incompletos; Servir de campo para ensino e pesquisa.

Na Unidade de Queimados, cada criança tem o direito a ter um acompanhante. Recomenda-se preferencialmente a mãe, o pai ou outro familiar que tenha bom relacionamento com a criança. Os acompanhantes permanecem paramentados com avental, gorro e propés. Eles têm a opção de acompanhar ou não todos os procedimentos realizados com a criança na unidade. A unidade comporta 8 leitos subdivididos em 4 quartos.

A partir da Portaria nº 303 do Ministério da Saúde, de 10 de agosto de 2001, a unidade foi cadastrada como Centro de Referência de Queimados para o Estado. Isto significa que a unidade dispõe de condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos específicos para o atendimento de crianças com queimadura.

5.2 População Alvo

Nesta prática assistencial a população alvo foram crianças vítimas de queimaduras e seus familiares acompanhantes internados na Unidade de Queimados do Hospital Infantil Joana de Gusmão (HIJG).

Para seleção dos participantes, estabelecemos como critérios: as crianças em situação de queimaduras e seus familiares acompanhantes internados na Unidade de Queimados no HIJG que aceitem participar do estudo e assinem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.(APÊNDICE I)

A estimativa numérica de participação proposta inicialmente foi de no mínimo duas crianças e seus familiares para cada acadêmica implementar o processo de enfermagem segundo as teóricas. Porém, devido ao baixo número de internações no período de nossa prática. A grande maioria das crianças internaram para tratamento de reparação. É importante esclarecer que o cuidado foi prestado para a maioria das crianças com as quais interagimos durante a hospitalização dos mesmos, com seus familiares.

5.3 O Processo de Enfermagem

Para desenvolver o cuidado à criança em situação de queimadura, necessitamos de uma sistematização da assistência, que se dá através do uso de uma metodologia específica.

A abordagem proposta por Paterson & Zderad pretende criar novas possibilidades de “mais humanização”, utilizando um método assistencial referido por uma concepção fenomenológica.

Paterson & Zderad desenvolveram a enfermagem fenomenológica como uma metodologia para compreensão e descrição das situações de enfermagem constituindo um método que requer envolvimento enfermeiro-paciente, de modo que o enfermeiro possa estar com o paciente de uma maneira humana e conseqüentemente curativa (PRAEGER e HOGARTH, 1993).

O processo de enfermagem é composto por cinco etapas metodológicas descritas pelas autoras, apresentadas a seguir, segundo Praeger e Hogarth (1993); Oliveira, Brüggemann e Fenilli (2003), que são:

Preparação da capacidade de conhecer da enfermeira para o vir a conhecer. É preciso que a enfermeira tenha a capacidade de subjetivamente vivenciar o outro. Para tanto, é necessário possuir uma sensibilidade da condição humana, que é obtida através da literatura, artes, teatro, dentre outras formas, incluindo terapias de crescimento pessoal. O desenvolvimento da autopercepção é importante, caso a enfermeira espere encontrar os outros

no diálogo (PRAEGER e HOGARTH, 1993; OLIVEIRA, BRÜGGEMANN e FENILLI, 2003).

A enfermeira conhece o outro de modo intuitivo. Significa ver o mundo através dos olhos do outro. Caracteriza-se por um “entrar” do cliente na situação humana, o encontro empático, o início da relação EU-TU, pela qual a enfermeira compreende a experiência do outro. É uma compreensão intuitiva da situação do outro, sendo um aspecto significativo da intuição. A enfermeira humanista acredita que a experiência subjetiva dos seres humanos é tão válida quanto a experiência objetiva (PRAEGER e HOGARTH, 1993; OLIVEIRA, BRÜGGEMANN e FENILLI, 2003).

A enfermeira conhece cientificamente o outro. Inclui um método mais familiar de encarar um fenômeno sob vários aspectos, ou seja, refletindo, analisando, comparando, classificando, contrastando, relacionando, interpretando, categorizando e buscando relações entre as partes. No método fenomenológico da Enfermagem o chamado acontece primeiro, seguido da intuição, depois da avaliação e por último da análise (PRAEGER e HOGARTH, 1993; OLIVEIRA, BRÜGGEMANN e FENILLI, 2003).

A enfermeira de modo complementar, sintetiza outros conhecimentos. A enfermeira compara os dados com as outras realidades conhecidas, tais como os estágios de desenvolvimento, a hierarquia das necessidades humanas básicas e os princípios fisiológicos. Na Enfermagem fenomenológica, a enfermeira compara “realidades múltiplas, conhecidas” com os dados e a experiência de cada paciente, ou seja, ela examina os dados e a experiência do paciente, à luz do conhecimento científico e subjetivo, a seguir compara, contrasta e sintetiza uma visão ampliada (PRAEGER e HOGARTH, 1993; OLIVEIRA, BRÜGGEMANN e FENILLI, 2003).

A seqüência, no íntimo da enfermeira, dos vários ao único paradoxal. Pode ser comparada ao estágio de identificação de um diagnóstico através do qual a enfermeira faz a constatação de um problema. A enfermeira chega a uma conclusão, após a síntese das idéias, dados e experiências, que é mais ampla do que as classificações e que reflete a experiência do paciente, bem como a compreensão inicial da situação, de modo intuitivo. Essa conclusão ou verdade tem um significado para todos e é, a formação de um conceito e não de um diagnóstico ou problema do paciente (PRAEGER e HOGARTH, 1993; OLIVEIRA, BRÜGGEMANN e FENILLI, 2003).

Utilizaremos o processo de Enfermagem segundo o modelo adaptado por Oliveira (2003), que estabelece três fases:

Primeira fase: Diálogo intuitivo: A enfermeira mantém com o paciente um tipo especial de **encontro**, descrito como um diálogo vivo que envolve o **relacionamento**, a **presença**, um **chamado** e uma **resposta**. O encontro é o reunir-se dos seres humanos. A enfermeira ao mesmo tempo que tenta conhecer, deixa-se conhecer. Os fatores que podem influenciar este **encontro** são sentimentos surgidos pela antecipação do encontro, a singularidade de cada ser, e a decisão de revelar-se ou conter-se com o outro. No **relacionamento** um está com o outro e presume a relação “EU-TU”, descrita por Buber, onde um vai na direção do outro em uma presença autêntica buscando *vir a ser mais*. A **presença** é a qualidade de estar aberto, perceptivo, pronto e disponível, pode revelar-se no olhar, no tocar ou no tom de voz. Quando estabelecemos o **encontro**, o **relacionamento** e nos mostramos presentes, estamos sempre chamando e respondendo. Quando a Enfermagem se **encontra** com a criança em situação de queimadura e estabelece uma **relação** mostrando-se **presente**, abrirá o canal para os **chamados e respostas**. As manifestações do diálogo intuitivo do processo de cuidar serão descritas em um diário de campo, no qual estaremos registrando todas as nossas observações, sentimentos, inquietações e percepções que surgirem na relação dialógica. Essa compreensão intuitiva também será evidenciada através das manifestações expressas durante atividades lúdicas.

Segunda fase: Diálogo científico. Para Paterson e Zderad (1993), o conhecimento científico é vivenciado na relação EU-ISSO, ou seja entre sujeito e objeto, na qual é possível obter-se algum conhecimento do sujeito através da coleta de dados, em prontuários ou através de informantes. Caracteriza-se, a partir do intuitivo, como um momento de reflexão, análise, comparação, interpretação e categorização, sendo que pela relação EU-ISSO, a relação EU-TU é validada. Os registros serão feitos em diário de campo, através do prontuário dos pacientes, dados da história clínica e de enfermagem (APÊNDICE II), informações em livros, passagem de plantão ou com a equipe interdisciplinar para auxiliar o diálogo científico.

Terceira fase: Fusão intuitivo-científica. Caracteriza-se pela reflexão e compreensão de quando ocorre a fusão entre o diálogo intuitivo e o diálogo científico. É a **análise** da experiência vivenciada pela enfermeira/paciente, tentando compreender e abstrair os processos mais frequentes vivenciados pelos pacientes, no que se refere aos estressores da hospitalização e da queimadura. A partir desta análise, estabeleceremos **metas** para reestruturar a prática assistencial, buscando através de uma relação dialógica, um cuidado mais humanizado. Nesta fase da trajetória, utilizaremos o Brinquedo Terapêutico Instrucional junto à criança que experiencia a queimadura podendo proporcionar o desenvolvimento de seu potencial para o *vir-a-ser-mais*, bem como o *estar-melhor* na situação de enfermagem

vivenciada. Para Rocha (2005), o Brinquedo pode ser associado com significados importantes e não apenas nos permite compreender o conflito que a criança está vivenciando, passando a desempenhar uma função cuidativa, podendo atuar como forma de identificação de déficits nos cuidados de saúde e educação.

5.4 Plano de Ação

Objetivo	Estratégia	Avaliação
1. Conhecer a dinâmica das atividades desenvolvidas e a organização da Unidade de Queimados do Hospital Infantil Joana de Gusmão (HIJG), interagindo com a equipe interdisciplinar.	<ul style="list-style-type: none"> • Apresentação das acadêmicas e dos objetivos do projeto assistencial à equipe interdisciplinar da Unidade de Queimados. • Conhecer normas e rotinas existentes na Unidade. • Expor através de pôster a metodologia (projeto da prática assistencial). Colocando-se a disposição para prestar os esclarecimentos necessários sobre o estudo. 	<p>O objetivo será alcançado se:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Existir aceitação do projeto por parte da equipe atuante na Unidade. • A proposta da prática assistencial estiver concisa na percepção da equipe interdisciplinar. • Estabelecermos uma relação ética de respeito e profissionalismo com a equipe, bem como proporcionar um ambiente propício para o desenvolvimento projeto. • Desenvolvermos nossa prática segundo as rotinas da unidade, contribuindo com críticas e sugestões para a

		operacionalização das mesmas.
2. Ampliar o conhecimento teórico-prático sobre a criança em situação de queimadura, e sobre o brinquedo terapêutico.	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar pesquisa literária contínua sobre os temas pertinentes à prática assistencial. • Participar de eventos que contribuam para a qualificação da assistência e aperfeiçoamento teórico-prático. • Desenvolver estágio não-obrigatório na Unidade de Queimados do HIJG. • Discutir com a equipe de saúde e supervisora para troca de experiências e conhecimento. 	<p>O objetivo será alcançado se:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ampliarmos nossos conhecimentos sobre a temática capacitando-nos para desenvolver a prática assistencial. • Participarmos de congressos, cursos e/ou palestras relacionados ao tema. • Realizarmos o estágio não-obrigatório precedendo a prática assistencial. • Compartilharmos as experiências vivenciadas com os profissionais da equipe interdisciplinar, supervisora e orientadora.
3. Desenvolver o cuidado de enfermagem subsidiado no referencial humanístico, utilizando o Brinquedo Terapêutico como um meio de interação e demonstração dos procedimentos à criança com intuito de minimizar o	<ul style="list-style-type: none"> • Acompanhar e realizar prestação de cuidados junto à equipe, buscando adquirir confiança para nosso cuidado. • Interagir com a criança em situação de queimadura e familiar 	<p>O objetivo será alcançado se:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Compreendermos a Teoria Humanista de Paterson e Zderad, implementando o processo de enfermagem, elaborando e aplicando

<p>estresse e o medo da mesma.</p>	<p>acompanhante, visando conhecê-los e nos deixar conhecer.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cuidar da criança em situação de queimadura aplicando o processo de enfermagem com base na Teoria Humanista de Paterson e Zderad. • Aplicar sessões de Brinquedo Terapêutico Instrucional (B.T.I.) permitindo à criança em situação de queimadura, compreender a finalidade dos procedimentos potencialmente dolorosos amenizando situações traumáticas. • Utilizar o Brinquedo Terapêutico Instrucional com crianças que irão experimentar procedimentos potencialmente dolorosos como: banho, curativo, procedimentos cirúrgicos, punção e sondagens. 	<p>um roteiro adequado para avaliação da criança em situação de queimadura.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estabelecermos vínculo com a criança vítima de queimadura e familiar acompanhante, construindo uma base de confiança mútua. • Realizar dois processos de enfermagem por acadêmica. • A criança tornar-se mais cooperativa, demonstrando ter compreendido a necessidade do procedimento minimizando possíveis traumas. • Houver por parte da criança maior expressão dos seus sentimentos e temores e verificarmos os déficits de cuidados apresentados.
------------------------------------	---	--

	<ul style="list-style-type: none"> • As sessões do B.T.I. irão conter todos os materiais que o procedimento exige, tornando-o o mais próximo da realidade. • As sessões serão realizadas preferencialmente no período da tarde, no leito da criança ou na sala de fisioterapia, terá duração entre 15 a 45 minutos e conforme a necessidade de cada criança. • Confeccionar um boneco para demonstrar a importância do uso da malha compressiva que denominamos “Super Malha”. • Promover atividades lúdicas educativas com a criança em situação de queimadura, a partir das necessidades identificadas como: teatro de fantoches, dominó educativo, história em quadrinhos, filmes, música, oficina 	
--	---	--

	de desenho e pintura.	
4. Promover encontros com os familiares/acompanhantes, buscando refletir sobre seus sentimentos e expectativas.	<ul style="list-style-type: none"> • Estabelecer uma relação humanista com os familiares acompanhantes auxiliando na expressão de seus sentimentos frente à situação encontrada. • Proporcionar atividades de relaxamento junto aos familiares/acompanhantes. • Desenvolver dinâmicas para compartilhar experiências, promovendo interação e descontração dos familiares. 	<p>O objetivo será alcançado se:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Os encontros auxiliarem os familiares acompanhantes a amenizar os fatores estressantes da hospitalização. • Os familiares acompanhantes sentirem-se mais fortalecidos a enfrentar a situação vivenciada. • Compartilharem experiências e sentimentos.
5. Realizar pesquisa junto à equipe de Enfermagem a fim identificar as percepções e ações dos profissionais para amenizar e/ou sanar a dor da criança vítima de queimadura	<ul style="list-style-type: none"> • Observar as atitudes da equipe de enfermagem perante a dor da criança com queimadura. • Aplicar um roteiro de entrevista semi-estruturada relacionado a dor em aproximadamente dez profissionais da equipe de enfermagem. • Observar no prontuário os cuidados adotados (registro de 	<p>O objetivo será alcançado se:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Através da realização das entrevistas com todos os trabalhadores de enfermagem. • Identificarmos os fatores e cuidados para alívio da dor.

	<p>enfermagem e prescrição médica) pela equipe de saúde para alívio da dor.</p>	
--	---	--

5.5 Aspectos Éticos

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Infantil Joana de Gusmão, sob Parecer nº 013/2007. Durante todo seu desenvolvimento foram respeitados os aspectos abordados na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, seguindo princípios como os da beneficência, não-maleficência, justiça e autonomia, além dos princípios do Código de Ética Profissional de Enfermagem.

O projeto foi apresentado em seus objetivos, fundamentos, estratégias e finalidades ao familiar acompanhante das crianças internadas e aos profissionais de saúde que atuam na Unidade de Queimados.

Frente a estes princípios definimos os aspectos éticos que julgamos importantes e que foram respeitados para a realização deste estudo:

- Apresentação das acadêmicas e dos objetivos do projeto assistencial à equipe interdisciplinar da Unidade de Queimados;
- Expor através de pôster a metodologia (projeto da prática assistencial). Colocando-se a disposição para prestar os esclarecimentos necessários sobre o estudo;
- Solicitar a assinatura do familiar acompanhante e/ou criança do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE I).
- Garantir o anonimato da criança do familiar acompanhante e equipe de enfermagem utilizando nomes fictícios.
- Fotografar os participantes somente mediante autorização prévia por escrito (APÊNDICE III).
- Assegurar ao familiar e/ou criança e equipe da possibilidade de desistência do estudo em qualquer momento sem qualquer forma de penalidade.
- Garantir a confidencialidade das informações fornecidas pelos participantes durante o desenvolvimento da prática assistencial, preservando sempre os valores éticos e morais.
- A participação no estudo não acarretará em nenhum custo aos envolvidos neste trabalho.



O Cuidado Humanizado é a essência da Enfermagem.

6 RELATANDO A PRÁTICA ASSISTENCIAL

6.1 Objetivo 1

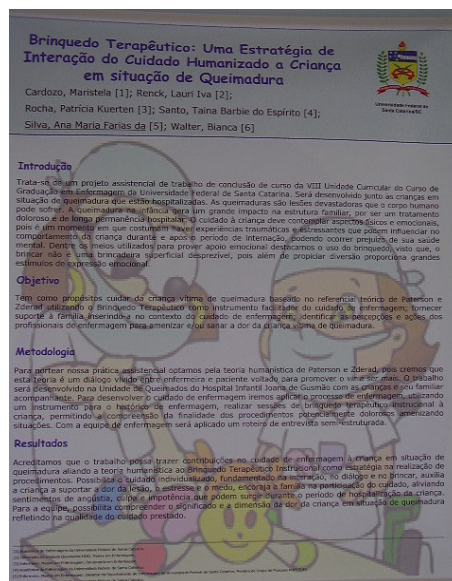
Conhecer a dinâmica das atividades desenvolvidas e a organização da Unidade de Queimados do Hospital Infantil Joana de Gusmão (HIJG), interagindo com a equipe interdisciplinar.

Estratégias

- Apresentação das acadêmicas e dos objetivos do projeto assistencial à equipe interdisciplinar da Unidade de Queimados.
- Conhecer normas e rotinas existentes na Unidade.
- Expor através de pôster a metodologia (projeto da prática assistencial). Colocando-se a disposição para prestar os esclarecimentos necessários sobre o estudo.

Nosso primeiro encontro com a equipe interdisciplinar foi quando iniciamos nosso estágio na Unidade de Queimados. Conforme as estratégias, dedicamos nossa primeira semana de prática para conhecer a equipe e conseqüentemente, nos fazermos conhecer.

Confeccionamos um pôster contendo um resumo do nosso projeto, com objetivo, metodologia e referencial proposto, e o fixamos na Unidade. Desde o início, toda a equipe mostrou-se muito atenciosa conosco, questionando-nos sobre o trabalho, explicávamos sobre os objetivos e estratégias que iríamos desenvolver. No decorrer da prática assistencial, conseguimos estabelecer laços de amizade, confiança e a equipe fazia brincadeiras conosco, nos inserindo em assuntos que conversavam, perguntando-nos sobre o curso de enfermagem, contando sobre suas vidas e compartilhando experiências. Percebemos que começávamos a estabelecer uma relação dialógica com a equipe. O encontro se estabelecia à medida que todos nos tratavam com respeito, atenção e carinho.



Pôster fixado na Unidade

Para que pudéssemos acompanhar o trabalho da equipe, julgamos necessário conhecer as normas e rotinas da Unidade. Para tanto, acompanhamos com atenção todas as técnicas que eram realizadas, como: banho, curativos, cuidados com enxerto e área doadora, sondagens, punções, questionando sempre que necessário. Foi importante a troca de conhecimentos ao acompanharmos o trabalho da equipe, esclarecendo algumas dúvidas e possibilitando maior experiência para implementarmos o cuidado junto à criança e familiar/acompanhante. Identificamos ainda, impressos utilizados pelos profissionais para registros relevantes aos cuidados prestados às crianças. Entre os impressos, há uma ficha de evolução diária onde são anotados os sinais vitais, as eliminações vesical e intestinal, a alimentação ingerida e os procedimentos realizados. A Unidade possui um livro de ocorrências, que é preenchido a cada troca de plantão e um livro censo, onde há o registro das crianças internadas em cada mês. Não há especificidade dos registros preenchidos, tanto a enfermeira quanto os técnicos e auxiliares, utilizam o mesmo espaço identificando-se pela assinatura.

Cada profissional da Unidade de Queimados exerce uma função pré-determinada, segundo a competência que lhe é atribuída, sendo que um respeita o espaço do outro. Percebe-se que há interação e cooperação entre a equipe na realização de banhos, medicações e curativos. Há alguns procedimentos que são realizados exclusivamente pela enfermeira, como: sondagens nasojunal e vesical e elaboração de escalas de serviço. Técnicos e auxiliares de enfermagem exercem na prática a mesma função, não havendo distinção de procedimentos entre ambos.

Acreditamos que o objetivo foi alcançado com êxito, pois durante o período da prática assistencial conseguimos conhecer o trabalho desenvolvido pela equipe, bem como elucidar a todos a proposta do nosso trabalho.

6.2 Objetivo 2

Ampliar o conhecimento teórico-prático sobre a criança em situação de queimadura, e sobre o Brinquedo Terapêutico.

Estratégias

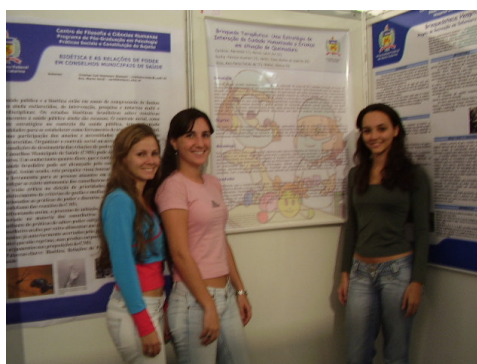
- Realizar pesquisa literária contínua sobre os temas pertinentes à prática assistencial.
- Participar de eventos que contribuam para a qualificação da assistência e aperfeiçoamento teórico-prático.
- Desenvolver estágio não-obrigatório na Unidade de Queimados do HJG.
- Discutir com a equipe de saúde e supervisora para troca de experiências e conhecimento.

Para o alcance deste objetivo, inicialmente desenvolvemos uma pesquisa literária de conteúdos referentes à nossa prática assistencial, tais como: a Criança, a Hospitalização da Criança na Unidade de Queimados, a Família na Unidade de Queimados, a Equipe de Enfermagem frente à Criança em situação de Queimadura, Queimadura na Infância, a Dor e Brinquedo Terapêutico. Realizamos revisão de literatura buscando textos, artigos, pesquisas na internet, resumo de dissertações e livros.

No decorrer da prática, sentimos a necessidade de ampliar a revisão de literatura, através de temas como a *Política de Humanização* adotada pelo Hospital Infantil Joana de Gusmão, bem como buscar novos conhecimentos sobre a *Queimadura e sua terapêutica*, para subsidiar os cuidados e as orientações fornecidas às crianças e seus familiares/acompanhantes.

As leituras e discussões com a orientadora, supervisora e terceiro membro da banca, possibilitou que nossas dúvidas e questionamentos fossem esclarecidos. No campo de estágio, também tivemos a oportunidade de compartilhar conhecimento teórico com a equipe interdisciplinar, como: médicos, fisioterapeutas, enfermeira, técnicos e auxiliares de enfermagem e nutricionista.

Participamos em eventos científicos como: 6ª Semana de Ensino, Pesquisa e Extensão (SEPEX), da Universidade Federal de Santa Catarina que ocorreu no período de 16 a 19 de maio de 2007. Este evento, promovido pela UFSC em seu campus universitário, visa reunir os trabalhos científicos, demonstrando seu potencial e suas reflexões sobre o seu significado social. Apresentamos o pôster referente ao projeto da prática assistencial, intitulado “**Brinquedo Terapêutico: Uma Estratégia de Interação do Cuidado Humanizado à Criança em situação de Queimadura**” (ANEXO III).



Apresentação do pôster no Sepex

Visando ainda, aprimorar nossos conhecimentos participamos do **II Seminário Cuidando de Pessoas com Queimaduras: avanços para reabilitação**, promovido pelo XVI Curso de Especialização em Enfermagem em Estomaterapia, realizado no dia 18 de maio de 2007 na Universidade de São Paulo (USP), com duração de 10 horas (ANEXO IV).

No Seminário foram abordados temas como:

- a função e a estética como bases da assistência em queimaduras;
- o grande queimado—atendimento pré-hospitalar;
- imunossupressão no grande queimado;
- controle da dor;
- controle de infecção;
- prevenção de seqüelas;
- o grande queimado - cuidados especializados;
- reabilitação da pessoa com queimadura;
- pele alógena como matriz dérmica;
- cirurgias reparadoras;

- aspectos psicológicos;
- aspectos cosmiátricos;
- aspectos fisioterápicos;
- aspectos de terapia ocupacional;
- aspectos nutricionais;
- aspectos fonoaudiológicos;
- a abordagem especial da criança com queimadura;
- políticas públicas de atenção às pessoas com queimaduras.

Nas conferências, percebeu-se a preocupação dos profissionais de saúde em relação à qualificação da assistência e da interdisciplinaridade no cuidado ao paciente em situação de queimadura. Neste evento os profissionais enfatizaram, não somente o atendimento pré-hospitalar, mas ressaltaram a importância da prevenção de seqüelas para promover maior qualidade de vida ao paciente com queimadura.

Observamos que, os tratamentos cirúrgicos mais utilizados nos Centros Especializados em Queimaduras da cidade de São Paulo, são os aloenxertos (enxerto com pele de cadáver) e os xenoenxertos (enxertia com pele suína). Pouco se usa o Implante de matriz dérmica (Integra), que no Hospital Infantil Joana de Gusmão, é utilizado em grande parte das crianças.

Os palestrantes também deram destaque ao controle da dor, que sendo subjetiva, deve ser avaliada e descrita como o quinto sinal vital. Afirmaram que o alívio da dor torna-se importante para potencializar as medidas de cuidado e cura.



Participação no Seminário sobre Queimaduras

Participamos também, de uma palestra intitulada “Dor: Fisiologia e Tratamento”, no dia 05 de maio de 2007, realizado na Associação Catarinense de Medicina-ACM, abordando os seguinte temas:

- Fisiologia da dor;
- Dor aguda: tratamento;
- Dor crônica: tratamento.

As acadêmicas Bianca Walter e Taina Barbie do Espírito Santo realizaram um estágio não-obrigatório na Unidade de Queimados do Hospital Infantil Joana de Gusmão, no período de 30 de agosto a 12 de setembro de 2006, totalizando 72 horas de estágio, supervisionado pela Enfermeira Mestre Lauri Iva Renck. (ANEXO V). Neste estágio realizamos atividades como: observação do cuidado prestado à criança em situação de queimadura e seus familiares/acompanhantes desde a internação, tratamento cirúrgico e ambulatorial; prestação de cuidados à criança em situação de queimadura durante a hospitalização, bem como no ambulatório; e conhecemos as rotinas de cuidado da Unidade de Queimados. Esta experiência possibilitou-nos refletir sobre os efeitos que a queimadura provoca na criança e sua família, e despertou o interesse para desenvolver o Trabalho de Conclusão de Curso, por ser uma área na qual tivemos pouco contato durante a graduação.

Consideramos que o objetivo foi alcançado na medida em que conseguimos aperfeiçoar e ampliar nossos conhecimentos, que contribuiu para o desenvolvimento do Cuidado à criança em situação de queimadura e seu familiar/acompanhante.

6.3 Objetivo 3

Desenvolver o cuidado de enfermagem subsidiado no referencial humanístico, utilizando o Brinquedo Terapêutico como um meio de interação e demonstração dos procedimentos à criança com intuito de minimizar o estresse e o medo da mesma.

Estratégias

- Acompanhar e realizar prestação de cuidados junto à equipe, buscando adquirir confiança para nosso cuidado.

- Interagir com a criança em situação de queimadura e familiar acompanhante, visando conhecê-los e nos deixar conhecer.
- Cuidar da criança em situação de queimadura aplicando o processo de enfermagem com base na Teoria Humanista de Paterson e Zderad.
- Aplicar sessões de Brinquedo Terapêutico Instrucional (B.T.I.) permitindo à criança em situação de queimadura, compreender a finalidade dos procedimentos potencialmente dolorosos amenizando situações traumáticas.
- Utilizar o Brinquedo Terapêutico Instrucional com crianças que irão experienciar procedimentos potencialmente dolorosos como: banho, curativo, procedimentos cirúrgicos, punção e sondagens.
- As sessões do B.T.I. irão conter todos os materiais que o procedimento exige, tornando-o o mais próximo da realidade.
- As sessões serão realizadas preferencialmente no período da tarde, no leito da criança ou na sala de fisioterapia, terá duração entre 15 a 45 minutos e conforme a necessidade de cada criança.
- Confeccionar um boneco para demonstrar a importância do uso da malha compressiva que denominamos “Super Malha”.
- Promover atividades lúdicas educativas com a criança em situação de queimadura, a partir das necessidades identificadas como: teatro de fantoches, dominó educativo, história em quadrinhos, filmes, música, oficina de desenho e pintura.

Dedicamos o início de nossa prática para observar o cuidado prestado pela equipe de enfermagem à criança em situação de queimadura e seu familiar/acompanhante. Acompanhamos todo o envolvimento e interação que se estabelecia entre o cuidador e o ser que era cuidado em todos os momentos. Inicialmente, preferimos observar como o tratamento da queimadura era realizado, os tipos de curativos e a balneoterapia, passado este período, começamos a auxiliar nos cuidados prestados e em toda a dinâmica da Unidade até nos sentirmos confiantes para cuidar da criança integralmente.

Percebemos que no início da hospitalização, alguns familiares/acompanhantes, mostravam-se retraídos, muitos não estavam abertos para o diálogo. Durante os procedimentos demonstravam-se fragilizados, ansiosos, temerosos, atitudes estas que iam sendo amenizadas

durante a hospitalização. As interações diárias, a disponibilidade para ouvir e ser *presença* respondendo aos *chamados* das crianças e dos pais, nos envolvia na relação, buscando estabelecer o diálogo, contribuindo assim, para promoção do *estar melhor*. Alguns demonstravam, por vezes, necessitar da nossa *presença*, para expressarem seus sentimentos, dúvidas e incertezas frente à situação vivenciada. Outros preferiam o silêncio, não expressando verbalmente suas preocupações e anseios. Através da sensibilidade, optamos por respeitar este momento vivenciado pela família.

Durante todo o período de Prática Assistencial, cuidamos de aproximadamente 15 crianças e entre estes, escolhemos três para aplicação do processo de Enfermagem com base na Teoria Humanística de Paterson e Zderad, utilizando um instrumento de coleta de dados (APÊNDICE II).

Para desenvolvermos o cuidado de enfermagem, foi necessário conhecer as crianças e seus familiares/acompanhantes. Como estratégia facilitadora da interação e comunicação utilizamos o lúdico. Este favoreceu a expressão e a criatividade, a socialização, a comunicação, auxiliando na formação do vínculo.

Aplicamos sessões do Brinquedo Terapêutico Instrucional em duas crianças para demonstrar e explicar procedimentos pelos quais submeteram-se durante sua hospitalização como: sondagem nasojunal, cirurgia, punção venosa e balneoterapia.

Através do Brinquedo Terapêutico percebemos que as crianças demonstraram seus déficits de cuidados, seja em questões emocionais, físicas ou de conhecimento, facilitando um cuidado amplo, envolvendo diversas dimensões (ROCHA, 2005). O brinquedo auxiliou as crianças a enfrentarem situações dolorosas e estressantes. O Brinquedo Terapêutico proporcionou a compreensão de experiências vivenciadas pelas crianças durante sua hospitalização. Permitiu também, demonstrar e explicar a importância de procedimentos a algumas crianças, tornando-as cooperativas durante sua realização e reduzindo reações traumáticas, como: choro, grito e agressões.

A primeira vez que realizamos o Brinquedo Terapêutico nos sentimos inseguras, pois não sabíamos exatamente quais seriam as respostas expressas pela criança. À medida que desenvolvíamos a atividade, nos surpreendíamos com as respostas e reações demonstradas pela criança. Compreendemos o quanto é importante a Enfermagem utilizar o Brinquedo Terapêutico

para auxiliar a criança a entender os procedimentos a que é submetida e revelar seus sentimentos. Com o brincar conseguimos perceber a resposta positiva do vínculo e da confiança conquistada.

Com o objetivo de garantirmos o anonimato das crianças, utilizamos nomes de personagens de histórias da Disney: Minnie, Fada Sininho, Fifi, Pato Donald, Grilo Falante e Mickey. Escolhemos personagens de histórias infantis por associá-las ao mundo da criança. Utilizamos nomes fictícios de Flores: Violeta, Cravo, Tulipa, Girassol, Rosa, Copo de Leite, Amor-Perfeito e Flor do Campo para preservar a identidade dos familiares/acompanhantes.

Para exemplificar como se deu esta vivência, segue abaixo, um dos processos na íntegra. Os demais se encontram no final deste trabalho (APÊNDICE IV).



Acadêmicas realizando balneoterapia



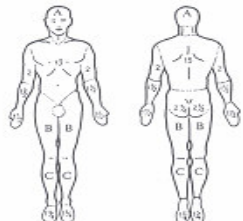
Brimquedo

PROCESSO DE ENFERMAGEM DE MINNIE		
Diálogo Intuitivo	Diálogo Científico	Fusão Intuitivo-Científico
<p>● Encontramo-nos pela primeira vez com Minnie numa terça-feira, dia 22/05. Ela havia internado no dia anterior devido às queimaduras de 2º grau que sofreu em punho esquerdo, coxa esquerda e tórax. Quando chegamos no quarto, a encontramos deitada no leito em companhia da mãe. Era uma menina de 5 anos, pouco comunicativa, introspectiva, tímida e calma. Apresentamo-nos e conversamos com mãe e a criança explicando os objetivos do nosso estudo. Após aceitar e assinar o Termo de Consentimento iniciamos o histórico de enfermagem. Durante o diálogo a mãe mostrou-se receptiva e colaborativa e expressando sentimentos.</p> <p>“Eu não sei de nada sobre isso...”.</p> <p>“Estou me sentindo muito pra baixo, eu não esperava que isso acontecesse”.</p> <p>“Me sinto pra baixo por causa dela, por estar no hospital, eu não gosto...tenho depressão”.</p> <p>“Gostei muito de vocês com ela, eu adorei. É o primeiro hospital que eu vou que dá atenção, porque muitos não dão, só chegam e medicam”.</p> <p>Ainda neste dia, 22/05, convidamos a Minnie para brincar, onde contaríamos uma história. Conversamos com a</p>	<p>● Minnie, sexo feminino, 5 anos, nascida em 05/07/01, negra, estudante da 1ª série do ensino fundamental. Segunda filha de E.F.L, 28 anos, autônomo, ensino fundamental incompleto, e D.S.F, 24 anos, do lar, ensino fundamental incompleto. Católica, procedente de Tijucas, natural de SC. Teve uma internação anterior quando tinha 2 anos em um hospital de sua cidade.</p> <p>Data de internação: 21/ 05/ 07.</p> <p>Data do acidente: 19/05/07. Queimadura térmica por líquido aquecido, no período da tarde. A criança estava brincando na cozinha na ausência da mãe, que havia colocado água a ferver para fazer o café enquanto lavava roupa. A criança subiu no armário para pegar balas e derrubou a chaleira sobre si. A avó retirou a roupa da criança e o pai passou pasta de dente no local da queimadura. Em seguida a criança foi levada ao hospital de Tijucas e encaminhada para o HIJG 48 horas após o acidente.</p> <p>Mãe relata que houve antecedentes familiares de queimadura. Sua filha de 8 anos estava brincando em casa, quando colocou fogo em um plástico e queimou o pé. Não precisou de internação.</p> <p>Apresenta imunização completa para idade.</p> <p>Em casa, realiza 3 refeições diárias: café da manhã, almoço e café da tarde. Alimenta-se pouco, tem preferência por mamadeira, bolachas e frutas. Come pouco arroz, feijão e carnes, não gosta de saladas. Alimenta-se sozinha, utilizando colher. Ingera cerca de 1 litro de líquidos diariamente, tem preferência por sucos. Quando doente, a criança perde o apetite.</p> <p>Frequência das eliminações intestinais de 3 a 4 vezes por semana, com consistência endurecida de coloração amarronzada. Urina aproximadamente 4 vezes ao dia, de coloração amarelo-citrino.</p> <p>Dorme das 22:30 às 06 horas, divide a cama com a irmã mais</p>	<p>Metas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Estabelecer um vínculo com a criança e família; - Minimizar o estresse decorrente de da hospitalização e da queimadura; - Promover e estimular momentos de recreação; - Integrar a família no cuidado da criança; - Mostrar-se receptiva para ouvir os <i>chamados</i> da família; - Estimular ingestão hídrica e alimentar; - Analisar a evolução da lesão; - Promover a cicatrização da queimadura; - Cuidados de higiene e conforto; - Amenizar a dor; - Cuidados com venopunção; - Cuidados com SNJ; - Prevenir infecção; - Conquistar a aceitação da terapêutica; <p>● O ambiente hospitalar associado à situação de queimadura vivenciada pela criança resultou em momentos traumatizantes e dolorosos. A criança tinha a indicação de realizar uma sondagem nasojugal, uma vez que estava aceitando pouco a dieta via oral. A criança com queimadura necessita de uma dieta hipercalórica e</p>

<p>criança explicando que iríamos brincar com ela por algum tempo e ao término, os brinquedos deveriam ser devolvidos, para que outras crianças também pudessem brincar.</p> <p>Iniciamos contando a história de uma menina que estava internada no hospital, porque havia se machucado. Ela não estava comendo muito, estava fraquinha, e para que ela melhorasse, ela precisava de proteínas, vitaminas, energia. E esses nutrientes vinham através da comida, por isso era importante que a menina utilizasse uma sonda, que iria entrar pelo nariz e chegar até o seu intestino, onde os nutrientes precisavam chegar para a menina ficar fortinha, melhorar o seu machucado, e poder ir logo para sua casa. Utilizamos um boneco que contém todos os órgãos do corpo humano, para mostrar à criança como o alimento entra na boca e segue por um caminho até chegar ao intestino. Este é o caminho que será percorrido pela sonda que é um caminho bem longo. Demonstramos no boneco, e após, solicitamos que Minnie o fizesse. Inicialmente, esta se apresentou retraída, porém, após oferecermos e brincarmos com ela, esta começou a realizar o procedimento no boneco de forma carinhosa. Não verbalizou, contudo, demonstrou-se interessada no brinquedo. A sessão durou em torno de 20 minutos.</p>	<p>velha. Tem sono tranquilo.</p> <p>Mãe refere que em casa, dá o banho diariamente, de aspersão no chuveiro, geralmente no final da tarde. Lava os cabelos diariamente.</p> <p>Encontramos Minnie com boas condições gerais de higiene.</p> <p>Corre, pula, equilibra-se sobre os pés, arremessa e agarra bola com firmeza. Percebemos que ela utiliza palavras orientadas para o tempo; faz comparações. Possui vocabulário amplo, nomeia cores, sabe o nome dos dias da semana e meses.</p> <p>Frequenta uma ONG no período da tarde em que brinca, pratica capoeira, outros esportes, e também recebe ajuda nas atividades escolares. Frequenta a escola no período da manhã, relaciona-se bem com os professores. Mantém bom relacionamento com as irmãs. Segundo a mãe, Minnie é agressiva com os colegas de escola.</p> <p>No hospital, Minnie está restrita ao leito, realiza 5 refeições diárias complementadas com mamadeira. Apresenta sono tranquilo durante à noite dormindo aproximadamente 8 horas.</p> <p>Identificamos que Minnie é pouco comunicativa com a equipe interdisciplinar.</p> <p>EXAME FÍSICO</p> <p>Fácies: Apática.</p> <p>Pele: Palidez cutâneo-mucosa, hidratada, turgor mantido.</p> <p>Peso: 16.500g</p> <p>Dieta via oral: iogurte, sopa, arroz, carne, leite, suco, pão, bolacha, feijão, ovo...</p> <p>Cabeça: Crânio arredondado, simétrico, sem deformações.</p> <p>Couro cabeludo sem lesões aparentes. Cabelos curtos crespos de coloração preta, ausência de parasitas ou seborréia.</p> <p>Face íntegra, sem lesões aparentes.</p> <p>Olhos brilhantes, íntegros, ausência de secreção ocular.</p> <p>Pupilas arredondadas, centrais e isocóricas.</p> <p>Nariz sem congestão ou secreção.</p> <p>Cavidade oral e lábios íntegros, mucosa oral úmida. Ausência dos incisivos centrais superiores. Gengiva rósea, íntegra.</p> <p>Orofaringe rósea, ausência de placas.</p>	<p>hiperproteica, entretanto, muitas vezes esta ingesta via oral é insuficiente à demanda terapêutica, sendo necessário complementar a alimentação por via sonda. A criança pode perder o apetite pela estresse da hospitalização, trauma da dor, ambiente estranho e separação da família. Devido a sondagem, ser um procedimento invasivo no qual a criança nunca havia sido submetida, vimos a necessidade de realizar um BTI com a finalidade de explicar e demonstrar a importância do procedimento a ela e sua mãe, minimizando possíveis estresses e ansiedades.</p> <p>A sessão do BTI proporcionou a mãe e Minnie a compreensão do procedimento bem como, a cooperação da criança durante a sondagem.</p> <p>Identificamos que Minnie apresenta desenvolvimento cognitivo, motor e psicossocial compatível com a idade, porém apresenta agressividade com colegas, mas não foi possível comprovar este comportamento. Esta atitude pode estar associada a algum fato de violência vivenciado em casa, ou como é tratada pelos pais e/ou familiares.</p>
--	--	--

<p>Posteriormente, retornamos ao quarto para então passarmos a SNJ em Minnie, ela escondeu o nariz com as mãos. Conversamos com ela e com a mãe, e então, seguramos em suas mãos e iniciamos o procedimento. Durante o mesmo, Minnie colaborou, porém esteve chorosa, durante todo o restante da manhã. Conversamos com ela e sua mãe, explicando que a sonda é incomoda, mas, necessária, tendo em vista que está se alimentando pouco. Minnie permaneceu o restante do período, no colo da mãe, chorosa e assistindo televisão.</p>	<p>Ouvido externo com implantação na linha dos olhos, íntegros. Ouvido interno sem cerume ou secreção.</p> <p>Pescoço: Ausência nodos ou linfonodos aumentados. Flexão, extensão e movimentos laterais presentes.</p> <p>Tórax: Pequena lesão em tórax totalmente epitelizada.</p> <p>Ausculata pulmonar: Som audível, murmúrios vesiculares bilaterais, ausência de ruídos adventícios. Eupneico, FR: 24mpm.</p> <p>Ausculata cardíaca: Bulhas cardíacas normofonéticas. Ausência de sons adventícios. FC: 140bpm</p> <p>Regulação térmica Tax: 36,7°C.</p> <p>Abdome: Timpânico, ruídos hidroaéreos presentes. Ausência de herniamentos ou nódulos.</p> <p>Genitais: Superfície interna dos lábios vaginais rosada e úmida. Meato uretral localizado posteriormente ao clitóris. Não há massas palpáveis, sinais de sujidade ou de infecções. Apresenta controle dos esfíncteres.</p> <p>Dorso: Íntegro, sem deformidades visíveis.</p> <p>Extremidades: Membros superiores simétricos, flexíveis, extensíveis, com mobilidade. Dedos com unhas lisas, cortadas, ausência de sujidade. Pequena lesão hiperemiada em punho esquerdo devido queimadura de 2º grau. Membro inferior direito íntegro, flexível, extensível. Lesão em parte anterior da coxa esquerda apresentando áreas esbranquiçadas no leito e bordos hiperemiados com pontos sangrantes.</p>	
---	---	--

Superfície Corporal Queimada

Localização	Classificação			Características	Curativo
	1º	2º	3º		
Tronco anterior		3%		Área totalmente epitelizada.	-
Mão esquerda		1%		Região hiperemiada	Sulfadiazina de Prata
Coxa esquerda		6%		Áreas esbranquiçadas no leito da ferida, bordos hiperemiados com pontos sangrantes.	Sulfadiazina de Prata
TOTAL:	<div>  </div>				

Terapêutica Medicamentosa:

1. Dipirona 15 gts VO – 6/6h SN
2. Dimorf 0,6ml VO antes banho.
3. Kefazol 400mg EV 6/6h.
4. Paracetamol 15 gts VO 6/6h SN.

Percepção Dolorosa: Apresenta Fácies de dor, chorosa, pouco comunicativa, debate-se, grita, mantém posição fetal no leito.

No dia 22/05, Minnie apresentava palidez cutâneo-mucosa, turgor cutâneo preservado, presença de lágrimas. Aceitou parcialmente a dieta oferecida: 2 fatias de pão, 1 copo de

<p>● No dia seguinte, 23/05, terceiro dia de internação, encontramos Minnie quieta, triste, tímida, pouco comunicativa e em companhia da mãe. Tentamos conversar e brincar com a criança, sem muitas respostas. Minnie somente olhava. Quando entramos no quarto com roupas esterilizadas, bandeja e ao prepararmos a banheira Minnie mostrou-se inquieta, chorosa, chamando a mãe. Explicamos a ela que o banho seria rápido e que a ajudaria na sua recuperação. Realizamos o banho auxiliado pela mãe, Minnie permaneceu chorosa, com fâcias de dor e jogando água nas acadêmicas.</p> <p>“...tão me matando...” (fala da criança). Enquanto realizávamos o banho, conversávamos tentando acalmá-la. No momento do curativo, estava colaborativa, levantando a perna quando solicitada, porém gemente.</p>	<p>achocolatado e 5 bolachas. Realizado balneoterapia na Unidade, degermação da pele com clorexidine 4% diluída. Punho apresentando pequena lesão hiperemiada. Lesão em parte anterior da coxa esquerda apresentando áreas esbranquiçadas no leito da ferida e bordos hiperemiados. Aplicado Sulfadiazina de Prata nas lesões, mantido curativo fechado. Eliminação vesical presente, duas vezes no período, de coloração amarelo-citrino, em média quantidade. Eliminação intestinal presente, uma vez no período, em pequena quantidade de coloração marrom. Passado Sonda nasojugal nº 08 em narina direita, mantida fechada.</p> <p>Sinais Vitais: T: 36,7°C; FR: 32mpm FC: 124bpm.</p> <p>● Neste dia, Minnie recusou toda a dieta oferecida. Dieta por SNJ 33ml/h com intervalo de 3/3 horas em bomba de infusão. Realizamos balneoterapia na Unidade. Lesão em punho com fibrina, desbridada durante o banho. Coxa esquerda apresentando pequena quantidade de secreção esverdeada em gaze. Bordos da lesão hiperemiados com pontos sangrantes e leito da ferida esbranquiçado. Aplicamos Sulfadiazina de Prata, mantido curativo fechado. Diurese presente, uma vez no período em pequena quantidade de coloração amarelo-citrino. Sinais Vitais: T: 36,9°C; FR: 28mpm FC: 146bpm.</p>	<p>● Realizávamos diariamente cuidados como: administração de medicações, controle de sinais vitais, estimulação de ingesta hídrica e alimentar, balneoterapia, realização de curativos, instalação de dieta enteral e controle de diurese.</p> <p>Percebemos que o banho e o curativo foram geradores de grande estresse nos quais Minnie apresentava reações de agressividade, medo e desespero. Durante estes procedimentos mantínhamos cuidado com as lesões avaliando a evolução das queimaduras.</p>
---	--	--

<p>Após o curativo, Minnie manteve-se chorosa. Levamos para ela um livrinho de historinhas intitulado de João e Maria, lemos e percebemos que ela prestava atenção, parou de chorar e conversou um pouco conosco.</p> <p>“...que bruxa feia...” (fala da criança – referindo-se a história).</p> <p>Após a leitura do livro, despedimo-nos da criança.</p> <p>“...deixa o livrinho aqui...” (fala da criança).</p> <p>Deixamos o livro com a criança, dizendo que tínhamos outros livros, se fosse de seu interesse.</p> <ul style="list-style-type: none"> • No dia 25/05, quinto dia de internação, ao entrarmos no quarto, Minnie estava quieta, chorosa, escondeu-se debaixo das cobertas e fingiu estar dormindo, em companhia da mãe. Conversamos com a criança e sua mãe, porém Minnie, não respondia verbalmente, apenas sinalizava com a cabeça. <p>“...até em casa ela é assim...” (fala da mãe).</p> <p>Quando entramos com os materiais do banho Minnie começou a chorar dizendo que não queria.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Neste dia, Minnie aceitou a dieta oferecida: 2 fatias de pão, 1 copo de café e 3 bolachas. Realizado balneoterapia na Unidade. Lesão em punho hiperemiada. Lesão em parte anterior da coxa esquerda com diminuição das áreas esbranquiçadas. Presença de pontos sangrantes e pequena quantidade de secreção esverdeada aderida ao murim. A lesão foi mantida aberta para posterior visita médica. <p>Venopunção periférica em MSE com cateter sobre agulha nº 22, ausência de sinais flogísticos. Diurese em fralda, uma vez no período, de coloração amarelo-citrino, em média quantidade. Eliminação intestinal presente, uma vez no período, em pequena quantidade de coloração marrom. Mantendo SNJ em narina direita, para suporte nutricional a 33ml/h.</p> <p>Sinais Vitais: T: 37,3°C; FR: 23mpm FC: 100bpm.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Observamos uma regressão no comportamento relacionada a idade, visto que, Minnie voltou a urinar na cama e fazer uso de fralda. Entendemos que esta mudança possa estar relacionada à situação vivenciada. Evidenciamos que a lesão estava apresentando evolução favorável. Consideramos que houve progresso na interação, já que conseguimos estabelecer a comunicação e aos poucos fomos nos aproximando de Minnie. Esta ainda chorava muito demonstrando sinais de dor, embora medicada antes do banho, e sempre que necessário.
---	--	---

<p>“...não quero banho...” (fala da criança).</p> <p>Explicamos para Minnie que o banho era um procedimento necessário para sua recuperação e que o faríamos de forma rápida e com cuidado. Durante o banho, chorou o tempo todo, com fácies de dor, pedindo para pararmos o procedimento.</p> <p>“...não deixa elas mexer mãe” (fala da criança – durante o banho).</p> <p>Novamente falamos à criança que o banho era necessário, para melhorar sua lesão, mas compreendíamos a sua dor neste momento. Para acalmá-la, tentamos distraí-la convidando-a para ajudar no procedimento, porém, recusou-se.</p> <p>Após o término do banho e curativo, levamos alguns “legos” para Minnie montar. Esta se mostrou animada com a brincadeira, porém pouco respondia quando questionada sobre o que estava fazendo.</p> <p>Despedimo-nos dizendo que retornaríamos no dia seguinte, e deixamos o brinquedo com ela para distrair-se no leito.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● No dia 28/05, oitavo dia de internação, encontramos a criança quieta, no colo da mãe, assistindo 	<ul style="list-style-type: none"> ● Neste dia, Minnie aceitou parcialmente a dieta oferecida: 100ml de mamadeira, 1 ovo e ½ iogurte. Apresentou um episódio de vômito em média quantidade. Realizamos 	<ul style="list-style-type: none"> ● Compreendemos o quanto é importante o lúdico para amenizar o estresse e também tornar o ambiente
--	---	--

<p>desenho animado na televisão. Perguntamos a Minnie o que estava assistindo e obtivemos resposta. Sua mãe mostrou-se mais otimista em relação a recuperação da filha, agradecendo-nos a todo momento o cuidado prestado. No momento do banho apresentou-se agitada, chorosa, com fâcies de dor, gritando, debatendo-se e agressiva.</p> <p>“...vão me matar...” “...me ajuda, me ajuda...” (fala da criança – durante o banho).</p> <p>Tentávamos acalmá-la, porém, manteve-se resistente.</p> <p>Ao final da manhã convidamos Minnie para brincar de jogo da memória. Durante o jogo sentou-se no leito, esteve comunicativa e sorridente.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● No dia seguinte, 29/05, nono dia de internação. Ao entrarmos no quarto para administrar medicação, Minnie estava sorridente, porém lembrou-se do banho. Ficamos contentes, pois Minnie sorriu para nós. <p>“...não quero tomar banho...” (fala da criança).</p> <p>Com a ajuda da mãe, levamos Minnie até a banheira, tentando tranquilizá-la dizendo que o procedimento seria rápido e era preciso para sua melhora.</p>	<p>balneoterapia na Unidade. Lesão em punho epitelizada. Lesão em parte anterior da coxa esquerda com áreas esbranquiçadas e pequenos pontos sangrantes. Lesão mantida aberta para visita médica. Retiramos a punção venosa. Diurese em fralda, uma vez no período, de coloração amarelo-citrino, em grande quantidade. Eliminação intestinal presente, uma vez no período, líquida, em média quantidade. Mantendo SNJ em narina direita, para suporte nutricional a 33ml/h com intervalo de 3/3 horas. Sinais Vitais: T: 37,5°C; FR: 28mpm; FC: 120bpm.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Minnie aceitou parcialmente a dieta oferecida: 110ml de mamadeira, 1 iogurte, 1 banana. Realizamos balneoterapia na Unidade. Lesão em coxa esquerda apresentando bordos hiperemiados, leito da ferida esbranquiçada com pontos sangrantes. Aplicamos Sulfadiazina de prata. Mantendo SNJ fechada no período da manhã, para estimular a ingesta alimentar via oral. Diurese em fralda, duas vezes no período, de coloração amarelo-citrino, em média quantidade. Sinais Vitais: T: 37,1°C; FR: 28mpm; FC: 127bpm. 	<p>hospitalar menos monótono para a criança, pois esta encontra-se restrita no leito e sem outras crianças para brincar em seu quarto. A enfermagem ao cuidar, necessita compreender a criança na sua totalidade, abrangendo além do cuidado físico, também o aspecto emocional e social. O referencial por nós utilizado destaca a importância do estar com o outro, e entendê-lo em todas as dimensões.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● A interação com a criança é uma conquista gradativa, mas aos poucos percebíamos seu progresso através de seu sorriso, seu olhar, seus <i>chamados e respostas</i>. <p>A queimadura de Minnie apresentava melhora, evidenciado pela epitelização da lesão em punho, e a coxa esquerda sem sinais de infecção.</p> <p>É importante compreender a dor da criança vítima de queimadura. Mesmo com a medicação administrada, percebíamos que a queixa de dor apresentada pela criança era persistente.</p>
--	---	---

<p>Durante o banho Minnie estava chorosa, porém colaborativa quando solicitada, levantando-se para lavar as costas. A mãe auxiliou na higiene, lavando as partes íntegras.</p> <p>Após o banho Minnie demonstrou-se colaborativa, ajudando a secar-se e passar hidratante.</p> <p>“...passa aqui...” (fala da criança referindo-se ao hidratante).</p> <p>No momento do curativo Minnie continuou reagindo com choro, contudo cooperando para levantar a perna e colocar o esparadrapo.</p> <p>Após o curativo, levamos um jogo de letrinhas para a criança distrair-se. No decorrer da brincadeira, reconhecia as letras, escreveu seu nome e o das acadêmicas com auxílio das mesmas. Era gratificante durante as atividades ver o sorriso e interesse da criança.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● No dia 30/05, décimo dia de internação, Minnie encontrava-se sozinha, pois sua mãe foi ao médico, para uma consulta ginecológica pré-agendada na Maternidade Carmela Dutra. Ao entrarmos no quarto, Minnie estava chorando, encolhida, toda coberta, não olhava para as acadêmicas. Explicamos o motivo da ausência da mãe. Levamos brinquedos (legos) para ela, que logo parou de chorar, porém não quis brincar, mas deixamos 	<ul style="list-style-type: none"> ● Neste dia, Minnie aceitou parte da dieta oferecida: 1 ovo, 1 copo de vitamina e ½ copo de suco. Realizamos balneoterapia na Unidade. Lesão em coxa esquerda com bordos epitelizados, leito da ferida esbranquiçado com poucos pontos sangrantes. Aplicamos sulfadiazina de prata. Mantido fechado. Mantendo SNJ fechada no período da manhã, para estimular a ingesta alimentar. Venopunção em MSD ausência de sinais flogísticos. Diurese no leito, duas vezes no período, de coloração amarelo-citrino, em média quantidade. Sinais Vitais: T: 37,5°C; FR: 30mpm FC: 133bpm. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Notamos que tanto com a família quanto com a equipe e acadêmicas, a criança manifestava-se de forma semelhante: tímida, calada, introspectiva e evitando olhar nos olhos. Evidenciamos, no entanto, que a mãe demonstra atitudes de carinho com a filha, fazendo-se presente durante os cuidados e interessada na recuperação da filha. Durante a visita do pai de Minnie presenciamos poucas atitudes de afeto entre ambos. O contato com o pai
--	--	--

<p>próximos a ela. Uma das acadêmicas ofereceu o lanche para a criança, mas esta o recusou. Perguntou se ela preferia ficar sozinha, sinalizou que “não” com a cabeça. A acadêmica montou um lego para incentivá-la e esta começou a brincar.</p> <p>“...robô...” (fala da criança – referindo-se ao seu brinquedo).</p> <p>Aproveitamos o momento, conversar com Minnie, esta interagiu falando o nome do pai, da mãe, das irmãs e repetindo o nome das acadêmicas. Quando as outras acadêmicas entraram no quarto, Minnie sorriu e contou sobre o que havia montado.</p> <p>“... escada...” (fala da criança)</p> <p>Mais tarde, seu pai chegou para acompanhá-la, este estava assistindo televisão enquanto sua filha brincava com “legos”. Este foi o primeiro contato que tivemos com o pai, apresentamo-nos e fomos preparar o material para a balneoterapia. Quando entrávamos no quarto com o material e preparávamos a banheira, Minnie “previa” os procedimentos, porém, neste dia, continuou brincando. Quando fomos retirar a atadura da coxa esquerda, Minnie começou a chorar referindo dor. Explicamos que iríamos apenas retirar a faixa que estava solta, e</p>		<p>foi desolador. Ficamos sensibilizadas frente a reação dele, aquele que deveria ser o protetor, oferecer segurança, prover amor, não demonstrou empatia pela filha, sendo ríspido para com ela. Neste dia, precisávamos ser <i>presença genuína</i> para Minnie, e ajudá-la a superar aquela dor física e emocional perante as atitudes do pai.</p>
--	--	---

<p>o que estivesse aderido seria retirado durante o banho, após molhar e assim, soltar-se mais facilmente. O pai permaneceu sentado sorrindo. Pedimos que o mesmo nos auxiliasse para levar a criança à banheira, porém recusou-se. Durante o banho, Minnie permaneceu chorosa. Convidamo-na para ajudar-nos, oferecendo a ela uma luva. Neste momento, parou de chorar, retirou as gazes aderidas e olhava assustada para a lesão. Após retirar a gaze, não quis mais auxiliar na limpeza, voltou a chorar e gritar, chamando pelo pai.</p> <p>“... me ajuda pai...” (fala da criança).</p> <p>“... chora mais, berra mais alto...”.</p> <p>“... tem que sofrer mesmo pra aprender a não fazer mais besteira...” (falas do pai – durante o banho).</p> <p>“... se não tivesse subido, não tinha me dado esse prejuízo todo...” (fala do pai – referindo-se ao acidente).</p> <p>Esclarecemos a criança que o procedimento era indispensável para a sua recuperação.</p> <p>Minnie manteve-se colaborativa quando solicitada, levantando-se para lavarmos as costas, os braços e o pescoço. A lesão permaneceu aberta para visita médica.</p>		
---	--	--

<p>“... não quero deixar aberto não, quero a pomada...” (fala da criança – referindo-se ao curativo).</p> <p>Comunicamos a ela que o curativo só poderia ser feito após visita do médico. Após a avaliação, realizamos o curativo, Minnie solicitava a presença da mãe.</p> <p>“... eu quero a mãe, eu quero a mãe...”</p> <p>“... tua mãe ta longe, tua mãe ta longe...” (fala do pai).</p> <p>“... vocês não tem que dar bola para tudo que ela fala, muito disso é manha...” (fala do pai).</p> <p>“... vai embora, vai embora...” (fala da criança – referindo-se ao pai).</p> <p>“... eu vou mesmo, deixa só tua mãe chegar...” (fala do pai).</p> <p>Mais tarde, retornamos ao quarto para verificar sinais vitais, Minnie referiu dor, e administramos dipirona via oral.</p> <p>“... já te falei que em mim não ta doendo nada...” (fala do pai).</p> <p>Ficamos perplexas ao ouvir as palavras do pai, porém, não intervimos neste momento, pois nunca havíamos vivenciado situação semelhante. Mais tarde, julgamos conveniente expor o</p>		
---	--	--

<p>acontecido à equipe de enfermagem. O pai de Minnie, permaneceu acompanhando a menina por aproximadamente 3 horas, até o retorno da mãe.</p> <ul style="list-style-type: none"> No dia 04/05, após 15 dias de internação, encontramos a criança sozinha no quarto, assistindo televisão. Fomos preparar o banho e neste, Minnie mostrou-se resistente, segurando-se nas grades do leito, batendo os pés e chorando. A mãe dela chegou, ajudando-nos a encaminhá-la para o banho. Durante o banho, Minnie manteve-se chorosa, gritando, debatendo-se, com os olhos arregalados, olhando para a lesão, empurrando a mão da acadêmica. <p>“... vocês vão me matar...” “... vou morrer...” “... não quero mais tomar banho...” “... pára...pára...” (falas da criança durante o banho).</p> <p>Durante a realização do curativo, Minnie continuou chorosa, olhando assustada para lesão. Conversamos com ela, explicando que logo iríamos terminar e sabíamos de sua dor. Quando concluímos os procedimentos, oferecemos para a criança o jogo de memória, afim de tranquilizá-la e esta se demonstrou interessada e ficou brincando com a mãe.</p>	<ul style="list-style-type: none"> A criança aceitou a dieta oferecida: 1 copo de achocolatado, 1 pão, 5 bolachas, 1 ovo e 1 iogurte. Realizamos balneoterapia na Unidade. Lesão em coxa esquerda com bordos epitelizados, leito da ferida hiperemiado e ressecado. Aplicamos Sulfadiazina de Prata, mantido curativo fechado. Mantendo SNJ fechada no período da manhã, estimulando aceitação dieta via oral. Puncionado acesso venoso em MSD com cateter sobre agulha nº 24. Foi agendado cirurgia de auto-enxertia para dia 06/06/07. Diurese em fralda, uma vez no período, de coloração amarelo-citrino, em média quantidade. Evacuou uma vez no período, com consistência pastosa e coloração marrom. Sinais Vitais: T: 36,5°C; FR: 20mpm FC: 120bpm. Peso: 16,850 gramas. 	<ul style="list-style-type: none"> Minnie estava aceitando melhor a dieta, visto que a SNJ estava mantida fechada para estimular sua aceitação alimentar. Algumas áreas da queimadura não apresentaram a evolução esperada, devido a demora na cicatrização. A literatura recomenda que se após três semanas de queimadura não ocorrer epitelação, faz-se necessário realizar cirurgia de autoenxerto.
---	---	---

<p>Ao final da manhã deixamos com Minnie, folhas, lápis de cor, canetinhas de hidrocor e régua com desenhos, para a criança distrair-se durante a tarde.</p> <p>● No dia seguinte, dia 05/05, décimo sexto dia de internação, ao entrarmos no quarto, Minnie estava sozinha, quieta, deitada no leito e toda coberta. A mãe havia ido tomar café da manhã, retornando em seguida. Ao se aproximar a hora do banho, os olhos da criança encheram-se de lágrimas. Procuramos conversar com Minnie, porém esta não respondeu devido ansiedade vivenciada. Ao ligarmos o chuveiro, percebemos que a água não estava esquentando, fomos para outro, realizar o banho. Durante o mesmo que realizamos com auxílio da mãe a criança chorou, porém não gritou. Após o banho, a criança estava sorridente, ajudando sua mãe a passar Proderm (creme hidratante). A criança apontou para os “legos”, pedindo para brincar. Estava alegre, montando os “legos”, perguntamos qual era a cor dos brinquedos.</p> <p>“... amarelo... vermelho... verde... azul...” (fala das acadêmicas).</p> <p>Convidamos Minnie para brincar com alguns bonecos, ao obter uma resposta positiva da criança, comunicamos que a</p>	<p>● Neste dia, a criança aceitou parte da dieta oferecida: 5 bolachas, 1 ovo, 1 iogurte e ½ copo de suco. Realizamos balneoterapia na Unidade. Lesão em coxa esquerda apresentando bordos epitelizados, leito da ferida com áreas de tecido de granulação. Aplicamos sulfadiazina de prata, mantido fechado. Mantendo SNJ fechada no período da manhã, para estimular a aceitação da dieta via oral. Venopunção em MSD, ausência de sinais flogísticos. Diurese em fralda, duas vezes no período em pequena quantidade, de coloração amarelo-citrino. Evacuou uma vez no período com consistência pastosa e coloração marrom. Sinais Vitais: T: 36,3°C; FR: 22mpm FC: 122bpm. Peso: 17,000 gramas.</p>	<p>● Minnie precisaria ser submetida a uma intervenção cirúrgica para auto-enxerto. Como esta seria a primeira vez na qual a criança passaria por uma cirurgia, sentimos a necessidade de realizar um BTI para que através deste, fosse possível esclarecer o procedimento. Percebemos que Minnie compreendeu o que havia sido explicado, porém, a necessidade apresentada por ela naquele momento era de repetir no boneco a técnica da punção venosa e do banho. Através da dramatização realizada pela criança, vimos que a mesma reconhece todas as etapas dos procedimentos e que por vezes, demonstrava no boneco o que era feito com ela.</p>
--	---	--

<p>atividade teria duração pré-determinada e que os brinquedos deveriam ser devolvidos ao término da atividade. Planejamos desenvolver o BTI para preparar. Dentre os brinquedos por nós selecionados para desenvolver a atividade estavam: um bebê, uma boneca, um boneco, roupas utilizadas no Centro Cirúrgico, mesa para cirurgia, lençol, touca, propé, materiais para punção venosa, gaze, atadura, esparadrapo, sonda (para simular intubação endotraqueal). Ao visualizar os brinquedos escolheu um boneco.</p> <p>Para aplicar o BTI escolhemos uma das acadêmicas, pois identificamos que Minnie é uma criança tímida, introspectiva e percebermos que ela interage melhor quando há somente uma acadêmica.</p> <p>A acadêmica entrou no quarto com os brinquedos e convidou-a para iniciar a brincadeira. Minnie estava sorridente e olhando fixo para a bandeja. Começou a manusear os instrumentos e brincar com a seringa. A acadêmica perguntou a Minnie se ela sabia o que iria acontecer no dia seguinte, esta sinalizou com a cabeça que sim, mas não verbalizou. Sua mãe relatou que já havia explicado a ela sobre a cirurgia.</p> <p>A acadêmica começou a contar a história de Joãozinho, um bebê que precisava realizar uma cirurgia. Explicou a necessidade da retirada da roupa do bebê, que estava só de fralda.</p>		
--	--	--

<p>Minnie puxou o boneco da mão da acadêmica, retirou sua fralda e vestiu o avental. A acadêmica colocou a toca do bebê e Minnie sugeriu que colocasse o propé.</p> <p>“...Cirurgia...?” (repetindo as palavras da acadêmica)</p> <p>“...ah, tem que colocar o sapatinho dele...” (fala da criança - referindo-se ao propé)</p> <p>A aluna continuou a explicar que Joãozinho iria ficar na sala de espera com sua mãe, e que quando o chamassem, sua mãe não poderia entrar na sala de cirurgia.</p> <p>“A mãe do Joãozinho vai entrar na sala?” (pergunta da acadêmica).</p> <p>Minnie sinalizou com a cabeça que sim.</p> <p>“Mas ela pode entrar?” (fala da acadêmica).</p> <p>Minnie sinalizou com a cabeça que não.</p> <p>“Então onde que a mãe fica?” (fala da acadêmica).</p> <p>“Do lado de fora” (fala da criança)</p> <p>Durante a explicação a criança prestava</p>		
--	--	--

<p>atenção, porém olhava para a bandeja e segurava a seringa. A mãe de Minnie prestava muita atenção, interessada em aprender, olhando concentrada para a demonstração, mas retirou-se da sala por algum tempo.</p> <p>A acadêmica continuou a explicar sobre a anestesia e a função do tubo endotraqueal. Minnie pegou o “tubo” e repetiu a explicação :</p> <p>“É pela boca né?”. “pra respirar?”. “posso colocar”</p> <p>Segurou o bebê e passou o “tubo pela boca”.</p> <p>“pega ali pra mim” (referindo-se ao esparadrapo).</p> <p>Após encerrar a história da cirurgia, a criança quis puncionar a veia do boneco.</p> <p>“...picadinha...” “amarra pra mim?” (pedindo que acadêmica colocasse o garrote). “...picou...”</p> <p>Minnie mostrava-se entusiasmada, movimentava-se no leito, sorria, manuseava todos os instrumentos da bandeja.</p> <p>“esse aqui, é o do nariz?” (referindo-se</p>		
---	--	--

<p>a sonda). “posso?”</p> <p>Minnie passou a sonda no nariz do boneco.</p> <p>“...engole, engole tudo...” “não dói não, é igual a minha, tem que engolir”. “é pra comida” (falas da criança - referindo-se a sonda).</p> <p>Minnie pegou as ataduras da bandeja e enfaixou o braço e a perna do boneco. Ao ser questionada sobre o que tinha acontecido, Minnie respondeu que o bebê tinha se machucado com água quente. Minnie então, retirou as faixas e pendurou os pedaços de esparadrapo na grade da cama.</p> <p>“ele não vai tomar banho?” (fala da criança).</p> <p>Devido o pedido da criança, a acadêmica foi pegar a banheira. Minnie retirou o tubo, a sonda, os curativos e a punção do boneco. Colocou-o na banheira, pegou o chuveirinho e lavou primeiramente a perna “machucada”.</p> <p>“A perna não dói, a mão dói”. “A mãe dele tá do lado”. “ele tá chorando” (falas da criança – referindo-se ao banho).</p>		
---	--	--

<p>Lavou o boneco por inteiro minuciosamente de maneira carinhosa.</p> <p>“Cadê a toalha?” (fala da criança)</p> <p>Secou o boneco delicadamente. Enfaixou a perna e o braço.</p> <p>“picadinha de novo” (fala da criança)</p> <p>Pegou o garrote e o abocath, simulando uma punção no boneco, fixou com o esparadrapo e pediu a seringa.</p> <p>“aguinha” referindo-se a seringa. “...coloca água...bastante água...” (falas da criança)</p> <p>Conectou a seringa no abocath e injetou a água da seringa. Vestiu o boneco com delicadeza devido o machucado na perna.</p> <p>“será que dá?...dá né!” (fala da criança - vestindo a roupa sobre o braço enfaixado).</p> <p>Vestiu a roupa do boneco, ajudando a guardá-los.</p> <p>Ao término da atividade que teve duração de 1 hora, a acadêmica despediu-se da criança, questionando-a se a mesma havia gostado. Minnie sinalizou que sim com a cabeça.</p>		
---	--	--

<p>● No dia 06/06, décimo sétimo dia de internação, Minnie realizou a cirurgia prevista – auto-enxerto no período vespertino. Não acompanhamos o procedimento, pois não estávamos presentes na Unidade.</p> <p>No dia 12/06, Minnie e sua mãe receberam a notícia da provável alta hospitalar, porém a criança arranhou o local do enxerto, necessitando de mais alguns dias de internação, aproximadamente 3, de acordo com informação médica. Finalizamos as atividades com a criança, pois havia necessidade de desenvolvermos outras dinâmicas no decorrer do estágio.</p>		<p>● A aproximação e interação através do diálogo com a mãe, facilitaram o cuidado prestado resultando em confiança nas acadêmicas.</p> <p>Inicialmente, pensamos que o vínculo com a criança não havia se estabelecido, pois não obtínhamos um retorno positivo por parte dela em alguns momentos. Entretanto, conhecendo melhor a personalidade de Minnie, notamos que ela não demonstrava seus sentimentos e acreditamos que o vínculo foi formado, pois nos momentos de brincadeira conseguimos interagir, ver ser sorriso, seu olhar de satisfação e estabelecer um diálogo. Minnie vivenciou uma difícil situação e precisávamos de paciência, carinho e respeito pelo seu momento e suas respostas deixando-a ser espontânea.</p>
--	--	--

Realizamos oficinas lúdico-educativas com o intuito de promover momentos de distração, aprendizado, interação e socialização entre as crianças, seus familiares/acompanhantes e acadêmicas.

Nossa primeira atividade lúdica ocorreu no dia 03/05, no período vespertino. Preparamos uma oficina de desenhos, com o intuito de promover distração, movimentação, interação entre as crianças e minimizar o estresse durante sua permanência no hospital.

Para iniciarmos a atividade preparamos a sala de fisioterapia. Levamos uma mesa e nela distribuímos alguns desenhos para colorir, folhas em branco para pintar, canetinhas coloridas, giz de cera e lápis de cor. Tínhamos planejado reunir as crianças nesta sala para desenvolver a atividade. Porém, os banhos das crianças foram realizados no período da tarde, devido à falta de água no hospital no período da manhã. Uma das crianças estava impossibilitada de participar da atividade, pois devido ao banho e curativo, estava agitada, chorosa e com queixa de dor. Optamos então, por realizar a atividade em um quarto da Unidade, onde se encontravam três crianças, e seus familiares/acompanhantes.

As crianças escolheram os desenhos para colorir, em seguida, distribuímos as canetinhas coloridas, giz de cera e lápis de cor. As crianças pintaram, interagiram, mostraram-se alegres e sorridentes. Confeccionamos um quadrinho de cartolina, para afixar os desenhos nas paredes do quarto ou no leito, conforme a preferência da criança. Os familiares/acompanhantes participaram ativamente auxiliando as crianças no desenvolvimento da oficina. Para concluir a atividade, entregamos a todos um saquinho de pipoca.



Oficina de desenhos

No dia 31/05, no período vespertino, realizamos nossa segunda atividade lúdico-educativa, que foi um teatro de fantoches sobre Queimadura para as crianças e seus

familiares/acompanhantes (APÊNDICE V). Alguns fantoches foram improvisados. Utilizamos 6 bonecos que representavam Pedrinho, Foguinho, Pele, Pele Machucada, Curativo e Banho. Estavam presentes 3 crianças e suas mães. No teatro, contávamos a história de Pedrinho, um menino que se queimou com álcool e como o tratamento poderia ajudar na sua recuperação. Cada uma de nos representou 2 personagens.

Antes de darmos início ao teatro, as crianças mostraram-se ansiosas, felizes e sorridentes. As mães foram receptivas com as acadêmicas.

A atividade teve duração de aproximadamente 20 minutos e ocorreu num dos quartos da Unidade, onde já se encontravam 2 das crianças participantes. A outra criança foi com a mãe até o referido quarto para assistir a peça.

A atividade contou com a participação ativa de todos os presentes. Os registros fotográficos foram feitos pela mãe de uma das crianças. Esta se encarregou de registrar momentos antes e durante o teatro. Finalizamos a atividade cantando uma música “Olha o passarinho”.

O objetivo da atividade foi mobilizar as crianças sobre a importância do tratamento de queimadura. Conscientizá-los de que o banho e o curativo são essenciais para uma evolução favorável e ainda, alertá-los sobre os riscos de infecção.



Teatro sobre Queimaduras

Percebemos que através de atividades lúdicas, nos aproximamos e interagimos com o mundo imaginário das crianças. Consideramos esta uma importante estratégia de educação em saúde que a enfermagem pode utilizar para desenvolver um cuidado humanizado.

Acreditamos que o objetivo foi alcançado, pois conseguimos implementar o cuidado de enfermagem baseado na teoria humanista, formar vínculo com a criança e familiar/acompanhante e torná-la mais cooperativa durante procedimentos estimulando a expressão de seus sentimentos.

6.4 Objetivo 4

Promover encontros com os familiares/ acompanhantes, buscando refletir sobre seus sentimentos e expectativas.

Estratégias

- Estabelecer uma relação humanista com os familiares/acompanhantes auxiliando na expressão de seus sentimentos frente à situação encontrada.
- Proporcionar atividades de relaxamento junto aos familiares/acompanhantes.
- Desenvolver dinâmicas para compartilhar experiências, promovendo interação e descontração dos familiares.

Para alcançar este objetivo, primeiramente tentamos nos aproximar das crianças e seus familiares/ acompanhantes nos apresentando como acadêmicas de enfermagem, expondo os objetivos do nosso trabalho e nos colocando à disposição para o que fosse necessário. Deste modo, a interação aconteceu de maneira natural, já que os familiares/acompanhantes solicitavam nossa presença para solucionar problemas e dúvidas existentes e também para permanecermos ao lado das crianças nos momentos que se encontravam ausentes quando necessitavam tomar banho, realizar refeições, procurar o Serviço Social, entre outros.

A partir destes chamados, identificamos que os familiares/ acompanhantes necessitavam tanto de cuidado quanto as crianças hospitalizadas, visto que estes também passam a vivenciar situações estressantes provocadas pelo acidente e pelas incertezas que se instalam a partir da hospitalização da criança. Identificamos ainda, que esta situação é vivenciada de diferentes maneiras, respeitando as individualidades de cada um, porém, percebe-se que os familiares/acompanhantes procuram logo se ajustar às circunstâncias para poderem ajudar na adaptação da criança.

Nossa primeira atividade com os familiares/acompanhantes das crianças internadas na Unidade de Queimados aconteceu no dia 10/06 e recebeu o nome “**Dialogando sobre a alta hospitalar**”. Para o desenvolvimento do mesmo, elaboramos um folder explicativo - Após a Alta Hospitalar, o que fazer? - (APÊNDICE VI) que aborda os principais cuidados com a criança que vivenciou queimadura, após sua alta hospitalar. A Unidade estava com poucas crianças internadas, portanto optamos em realizar a reunião no próprio quarto das crianças. Contamos com a presença de duas mães. Iniciamos o diálogo nos apresentando e expondo os objetivos do encontro. Durante a reunião conversamos sobre todos os assuntos abordados no folder, abrindo a oportunidade para que as acompanhantes tirassem suas dúvidas.

Surgiram algumas perguntas durante a conversa, as participantes mostraram-se atentas e interessadas em tudo que explicávamos, e comentaram sobre outros casos de queimadura que vivenciaram. Os questionamentos diziam respeito à importância da fisioterapia e uso da malha compressiva. Explicamos a necessidade de ambos, além da importância do retorno ambulatorial. O diálogo encerrou-se, quando agradecemos a presença de todas e colocamo-nos à disposição para qualquer dúvida que surgisse. A atividade teve duração de 35 minutos.

Identificamos como é importante a atuação da equipe de enfermagem no processo educativo junto aos familiares. A fase de reabilitação se prolongará, além do período de hospitalização, sendo que a criança e família necessitam ser orientadas sobre os tratamentos que muitas vezes terão que dar continuidade, para acompanhamento da evolução das cicatrizes, da fisioterapia e utilização da malha compressiva para manter as cicatrizes planas melhorando assim, os resultados estéticos e funcionais. É importante compreender como a criança e os pais vivenciam as alterações da imagem corporal e auxiliá-los sobre as repercussões que a queimadura pode desencadear futuramente na criança.

Realizamos ainda outro encontro com os familiares/ acompanhantes no dia 04/06. Esta atividade recebeu o nome de “ Fotolinguagem” e contou com a participação de 3 mães e uma criança de 1 ano. Recortamos figuras e as distribuímos em cima de uma mesa. Iniciamos o diálogo nos apresentando e pedindo para que cada mãe também se apresentasse. Explicamos para as mães que o encontro tinha o objetivo de promover interação, descontração e troca de experiências. Em seguida, pedimos para que cada mãe escolhesse uma figura que representasse o momento que ela estava vivendo e outra, diferente do que ela estava passando.

Solicitamos que cada acompanhante explicasse o porquê da escolha de determinadas figuras. Amor-Perfeito escolheu uma figura que mostrava a praia, dizendo que sua casa era à beira do mar.

“Vocês não sabem a saudade que eu tô de casa!”

“Estamos há 47 dias aqui...”

Violeta, que encontrava-se no hospital há 14 dias, escolheu uma foto que lembrava a família.

“Já escolhi a minha: meu marido e minhas filhas!”

“Chorei de saudade de casa e das minhas filhas”

Flor do Campo encontrava-se no hospital há 2 dias, pois sua filha havia sofrido queimadura por água quente. Quando questionada sobre a figura escolhida, ela abraçou sua filha e ficou visivelmente emocionada, com lágrimas nos olhos, voz embargada, baixando a cabeça.

“Essa é a minha...eu não consigo falar...”

Percebemos que uma das figuras mostrava uma moça sorrindo e a outra mostrava um prato de comida.

“Esse é o meu sorriso pelas minhas filhas!”

“Ninguém na minha casa tá se alimentando direito, por causa do que aconteceu ontem!”

Após o relato das mães, mencionamos que por mais difícil que seja este momento, elas não estão sozinhas e que nós estamos presentes para auxiliá-las. Ao pedirmos para as mães avaliarem o encontro, as mesmas o fizeram de forma positiva, referindo ter sido um momento oportuno para conhecer uma as outras, trocar experiências e proporcionou distração frente a situação vivenciada. Assim, encerramos a oficina que teve duração de aproximadamente 30 minutos.

“Fico contente por vocês terem cuidado bem da minha filha!” (Violeta).

Percebemos o quanto é importante a enfermagem ouvir os pais, possibilitando exteriorizar seus sentimentos, compreendendo os momentos vivenciados na hospitalização. Estes diálogos possibilitam um *encontro*, o *estar receptivo e disponível* para outra pessoa.

Para nós acadêmicas foi uma experiência enriquecedora, pois propiciou-nos conhecer melhor os sentimentos, desejos, expectativas e o sofrimento verbalizado pelas mães.

No dia 12/06/07, realizamos nossa terceira atividade, um bingo educativo contendo perguntas e respostas sobre queimadura, seu tratamento, cuidados e reabilitação (APÊNDICE VII). As cartelas foram confeccionadas pelas acadêmicas e continham respostas que se relacionavam às perguntas que foram sorteadas por uma das acadêmicas aleatoriamente. Convidamos todos os familiares/acompanhantes, bem como todas as crianças que estavam hospitalizadas na Unidade de Queimados para participarem da oficina. O bingo desenvolveu-se em um dos quartos da Unidade, contando com a presença de três mães e seus respectivos filhos. Inicialmente nos apresentamos e expomos os objetivos da atividade: esclarecer e discutir questões cotidianas a respeito da queimadura e seus cuidados, além de proporcionar um espaço para distração.

A medida em que íamos sorteando as perguntas, discutíamos e esclarecíamos as dúvidas que surgiam, para que os participantes pudessem encontrar as respostas correspondentes. O vencedor seria aquele que primeiro completasse corretamente toda cartela, recebendo uma barra de chocolate como prêmio. Para finalizar o bingo, distribuímos bombons aos participantes que não foram premiados agradecendo a participação de todos. A atividade teve duração de 30 minutos.

Obtivemos por parte das crianças e seus familiares/acompanhantes uma resposta positiva, onde todos participaram ativamente, demonstrando interesse sobre os temas abordados.

O bingo trouxe contribuições acerca da queimadura e sua terapêutica, tanto para as crianças quanto para as mães. Possibilitou ainda, maior interação das acadêmicas com os participantes.

Acreditamos que o alcance deste objetivo só foi possível devido à receptividade das crianças e familiares/ acompanhantes, que nos permitiram presenciar e participar de momentos muito especiais de suas vidas. Percebemos que as atividades realizadas ajudaram muito a

compreender os chamados e a proporcionar respostas, sendo que além de descontrair, possibilitou trabalhar questões fundamentais para uma melhor compreensão e aceitação da experiência por eles vivenciadas.

6.5 Objetivo 5

Realizar pesquisa junto à equipe de Enfermagem a fim de identificar as percepções e ações dos profissionais para amenizar e/ou sanar a dor da criança vítima de queimadura.

Estratégias

- Observar as atitudes da equipe de enfermagem perante a dor da criança com queimadura;
- Aplicar um roteiro de entrevista semi-estruturada relacionado a dor em aproximadamente dez profissionais da equipe de enfermagem;
- Observar no prontuário os cuidados adotados (registro de enfermagem e prescrição médica) pela equipe de saúde para alívio da dor;

Acreditamos que o trabalho dos profissionais de enfermagem, que atuam junto à criança em situação de queimadura, é desafiante, considerando que estes são responsáveis por procedimentos potencialmente dolorosos e participantes efetivos no manejo da dor. Elaboramos para desenvolver este objetivo, um roteiro de entrevista semi-estruturada composto inicialmente por alguns dados de identificação do profissional, seguido de alguns questionamentos relacionados à unidade de queimados, à dor da criança que enfrenta a queimadura e os cuidados realizados para minimizá-la ou tratá-la.

A equipe de enfermagem da unidade é composta por treze funcionários. Estes foram convidados a fazer parte do estudo, explicamos o objetivo e, posteriormente, agendamos o local, data e horário da entrevista, nove profissionais aceitaram participar do estudo. A aplicação da entrevista semi-estruturada, aos membros da equipe de enfermagem, teve duração em torno de 15 minutos, gravada ou escrita, de acordo com a preferência do profissional entrevistado, e posteriormente transcrita. Com a finalidade de preservar a identidade dos participantes, foram utilizados nomes fictícios de frutas: Amora, Pitanga, Maçã, Melão, Morango, Ameixa, Pêra e Carambola para descrevê-los.

Coletamos inicialmente alguns dados de identificação, como: idade, cargo que ocupa na instituição, turno e tempo de trabalho.

A seguir, listamos a discussão dos resultados:

Idade dos Profissionais	
30 – 39 anos	3
40 – 49 anos	3
50 – 59 anos	3

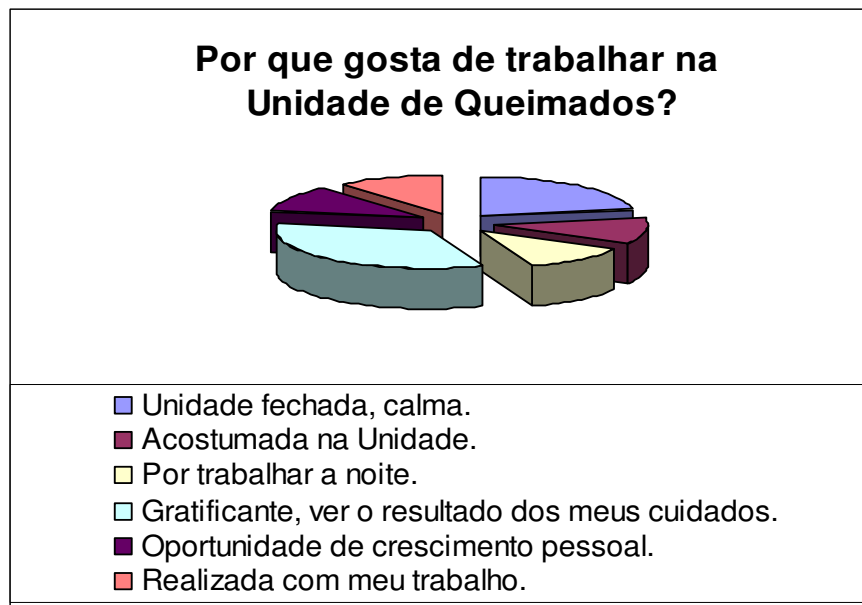
Cargo que ocupa na instituição	
Auxiliar de Enfermagem	6
Técnico de Enfermagem	2
Enfermeiro	1

Turno de trabalho	
Diurno	5
Noturno	4

Tempo na Unidade de Queimados	
1 – 5 anos	4
6 – 10 anos	3
11 – 15 anos	1
16 anos ou mais	1

Em relação ao gostar de trabalhar na Unidade de Queimados, os entrevistados foram unânimes ao afirmarem que sim.

Para melhor visualização das respostas, elaboramos um gráfico.



Ao serem questionados se gostariam de trabalhar em outra Unidade, obtivemos as seguintes respostas:

Gostaria de trabalhar em outra Unidade?	
Sim	3
Não	6

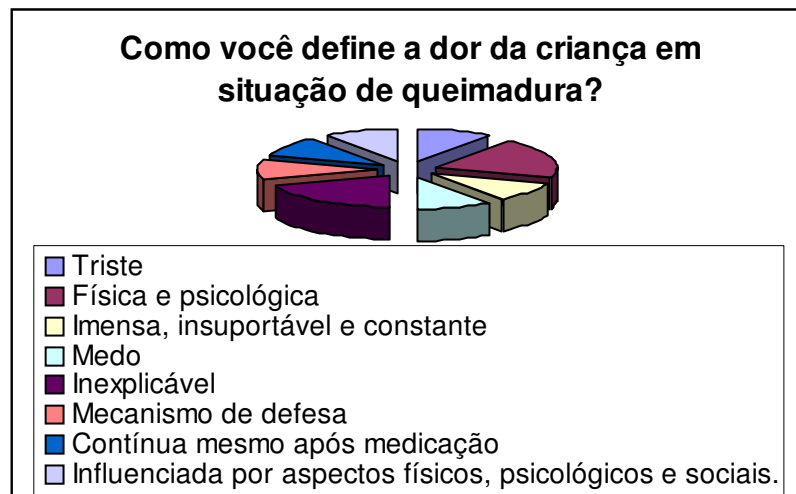
“(...) ninguém quer sair daqui, (...). a gente já ta acostumada, se a unidade ta cheia eu já sei o que fazer, se for lá fora, em outra unidade, eu não sei, ta certo que a gente aprende” (Amora).

“(...) até tenho (...), tem dia que tu fica assim (...) tu fica vendo a tristeza das crianças, o choro das crianças, isso tudo acaba afetando o próprio ser de quem cuida” (Pitanga.).

“(...) me identifiquei desde o primeiro momento que conheci esta unidade” (Maçã).

“(...) vontade a gente tem, mas a gente se acostuma num setor, (...) com um tipo de doente, então, acho que é importante ter pessoas experientes em cada setor do hospital” (Melão).

Em relação à dor, questionamos a equipe sobre seu significado. As respostas dos entrevistados podem ser visualizadas no gráfico abaixo:



Identificamos que para os profissionais de enfermagem a experiência da dor é individual, não podendo ser explicada, mas muitas vezes necessita ser suportada pela criança.

“(...) fico triste ao ver o olhar sem brilho e apavorado da criança” (Maçã.).

*“(...) vai até o final da vida essa dor, (...) é uma dor que é eterna, (...) tu não consegue retirar”
(Pitanga).*

“(...) tem que respeitar a dor da criança” (Morango).

“(...) apesar de a gente medicar, (...) além da dor física tem a dor psicológica, (...) saber vai ser realizado aquele procedimento (...) a criança debate, ela quer sair da banheira (...)” (Ameixa).

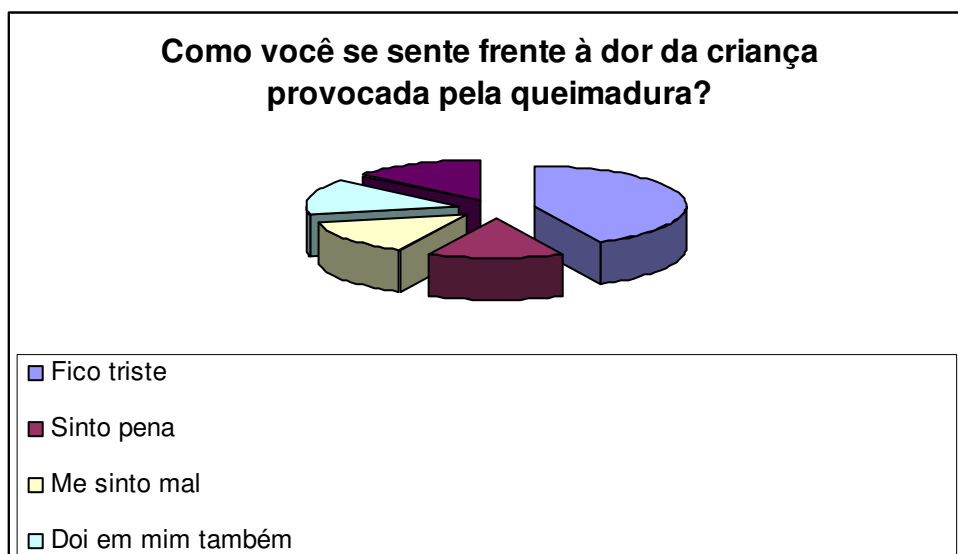
Este outro depoimento relata: *“(...) não é tanta dor assim, porque eles tomam medicação” (Amora).*

A enfermagem muitas vezes subestima a dor da criança. As pesquisas demonstram que a percepção e a reação à dor variam entre as pessoas, e podem levar a diferentes graus de sofrimento.

Dor é definida pela Sociedade Internacional para o Estudo da Dor (IASP) como uma experiência sensitiva emocional desagradável relacionada à lesão tecidual ou descrita em tais termos (MERSKEY, BOGDUK, 1994). Trata-se de uma manifestação subjetiva, que envolve mecanismos físicos, psíquicos e culturais.

A dor da queimadura está geralmente relacionada com atividades específicas tais como limpeza da ferida, desbridamento, mudança de curativos e fisioterapia. Os profissionais de saúde e pacientes apontam a hora do banho e curativo como os momentos mais dolorosos para o paciente portador de queimaduras (ROSSI et al, 2000).

Ainda em relação à dor, questionamos como a equipe se sente frente à dor da criança provocada pela queimadura.



“(...) temos que ter firmeza e destreza (...) aquele procedimento tem que ser realizado (...) é impossível naquele momento a gente separar a razão da emoção” (Ameixa).

“(...) eu sofri muito (...) um dia cheguei em casa e chorei horrores. Até pensei em pedir pra enfermeira pra eu sair” (Pêra).

“(...) não dou o banho porque fico ruim, fico tonta, passo mal” (Carambola).

“(...) é um trauma que não vai sair da tua cabeça, tanto para o paciente, tanto para quem cuida como para quem acompanha” (Pitanga).

“(...) a gente sabe que é dolorido, tanto pra criança como pra gente que está fazendo” (Melão).

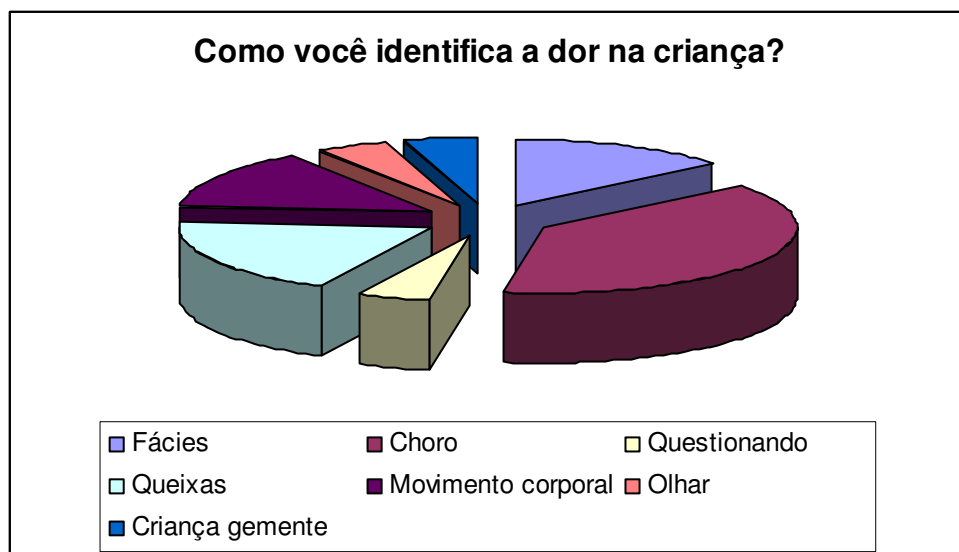
*“(...) essa dor é vivenciada na hora dos procedimentos, na hora do banho, curativo e na hora da fisioterapia, fora isso a criança normalmente não tem uma dor muito intensa (...) quando é outra pessoa, da vontade de dizer: pára de fazer isso, pára de provocar essa dor e esse choro”
(Morango).*

Os depoimentos ilustram o sofrimento vivido pelos profissionais de enfermagem que cuidam e realizam procedimentos dolorosos, tais como: balneoterapia, desbridamento, troca de curativos, entre outros. Eles demonstram sensibilidade e empatia frente ao sofrimento, compreendendo o significado da dor do outro e da sua própria dor.

Uma pesquisa realizada com profissionais de enfermagem aponta que para os auxiliares de enfermagem, é mais estressante cuidar de crianças e é difícil fazer os procedimentos de banho e curativo. Para eles, esses procedimentos têm que ser feitos e sempre irão causar dor. A manifestação de dor pelos pacientes, principalmente pelas crianças, causa estresse entre todos os que participam do curativo e estas manifestações são compreensíveis (ROSSI et al, 2000).

Outro estudo realizado com enfermeiras pediátricas indicou que, sensibilizar-se é primordial para que a enfermeira comprometa-se com o alívio da dor. Todas as experiências vividas e sentimentos associados não terão representação, se não houver sensibilização por parte do profissional que vivenciou. (VIANA, DL, 2004).

Questionamos ainda os profissionais sobre os aspectos que a equipe observa para identificar a dor na criança.



“(...) só em ver o rostinho já dá pra ver que tá com dor. (...) o choro de medo é diferente do choro de dor (...) tem criança que grita de medo, às vezes nem tá doendo, mas a criança grita de medo” (Pêra).

“(...) o choro da dor é diferente do choro da fome, de manha, é bem diferente” (Amora).

Os depoimentos retratam a percepção da equipe durante o cuidado de enfermagem, mostrando que estão atentos às reações provocadas pela dor, manifestadas sejam através de gritos, choros, verbalização de súplicas para que o sofrimento seja extinguido. A equipe de enfermagem é quem efetivamente convive mais tempo com a criança, dessa forma, é necessário que saiba reconhecer os sinais de dor para que possa intervir corretamente no seu alívio.

Para Rocha, Prado e Sebold (2006), a equipe de enfermagem que presta cuidado à criança que vivencia situações dolorosas precisa estar atenta para a multidimensionalidade desse fenômeno e o caráter subjetivo com que se manifesta. Isso significa ter sensibilidade para perceber as diferentes formas de expressão que a criança pode utilizar para sinalizar dor e desconforto. Além disso, a enfermagem precisa reconhecer as diferenças individuais, determinadas pelos múltiplos fatores que conformam o mundo da criança – crenças, valores, características de personalidade e desenvolvimento da idade.

A dor não é visível; nós inferimos a presença da dor em alguém indiretamente através de observação ou da comunicação do sofrimento, do comportamento da dor. O comportamento da

dor é uma tentativa de comunicar uma experiência que muitas vezes envolve comoção, sofrimento, desmoralização e outros sentimentos ou idéias associadas, o que talvez torne a visão da dor irreal (emocional) separada da dor real (física) uma tarefa impossível (JACKSON, 1992).

Ao perguntarmos, como a equipe de enfermagem avalia a dor da criança, foram unânimes ao responder que não utilizam escalas, o fazem de forma empírica.

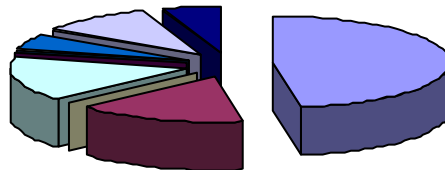
Escalas e instrumentos de avaliação da dor têm sido produzidos com a finalidade de avaliar a ansiedade e mensurar a dor, entretanto, identificamos que eles não são muitas vezes conhecidos ou utilizados pela equipe de enfermagem. Estes são importantes instrumentos que podem auxiliar os profissionais a realizarem uma avaliação sistematizada, auxiliando na identificação e intervenção da dor.

Considerando que as crianças vítimas de queimaduras são submetidas diariamente a banhos, limpeza das feridas, curativos, enxertia e fisioterapia, procedimentos que geram além da dor, ansiedade e medo, faz-se necessário avaliar a dor.

A *Joint Comission on Accreditation on Healthcare Organizations* (JCAHO) publica uma norma que descreve a dor como quinto sinal vital (BOOSS et al, 2000). Portanto, ela deve ser sempre avaliada e registrada ao mesmo tempo em que são verificados ou outros sinais vitais. Esse ato é necessário para que exista conhecimento da conduta tomada, sua razão e seus resultados (BAGATINI et al, 2001).

Procuramos saber, como estes profissionais fazem para minimizar ou tratar a dor da criança em situação de queimadura, durante seu cuidado.

O que você faz para minimizar ou tratar a dor da criança em situação de queimadura?



- Administra medicação
- Brinca
- Técnicas de relaxamento
- Posicionamento
- Estimulação cutânea
- Espera
- Canta
- Conversa
- Criança participar do procedimento

“(...) eu tento, fazer o máximo que eu puder de mim (...) fazer com que aquele ambiente seja o mais próximo possível da extensão da sua casa, pra que ela se sinta confortada, amparada por aqueles que estão à volta dela” (Ameixa).

“(...) a gente medica né?! Se a dor continuar a gente fala pra enfermeira, medica novamente e se não passar chama a residente” (Amora).

“(...) as crianças que estão com dor não querem brincar” (Carambola).

“(...) eles não querem brincar, não adianta se a gente for lá, não adianta acariciar porque não é isso que eles querem, ainda mais de um estranho” (Pitanga).

“(...) o que eu acho que ajuda bastante é fazer a criança participar do procedimento, dá uma gaze pra que ela ajude” (Morango).

Os depoimentos revelam que a equipe de enfermagem prioriza a medicação para o alívio da dor, sendo que parte da equipe utiliza ainda, outras medidas terapêuticas, como o brincar e posicionar a criança.

A enfermagem ocupa uma posição de destaque no controle da dor, pois se encontra 24 horas ao lado da criança, tendo autonomia para avaliar, aliviar, e medicar quando necessário, mediante a prescrição médica.

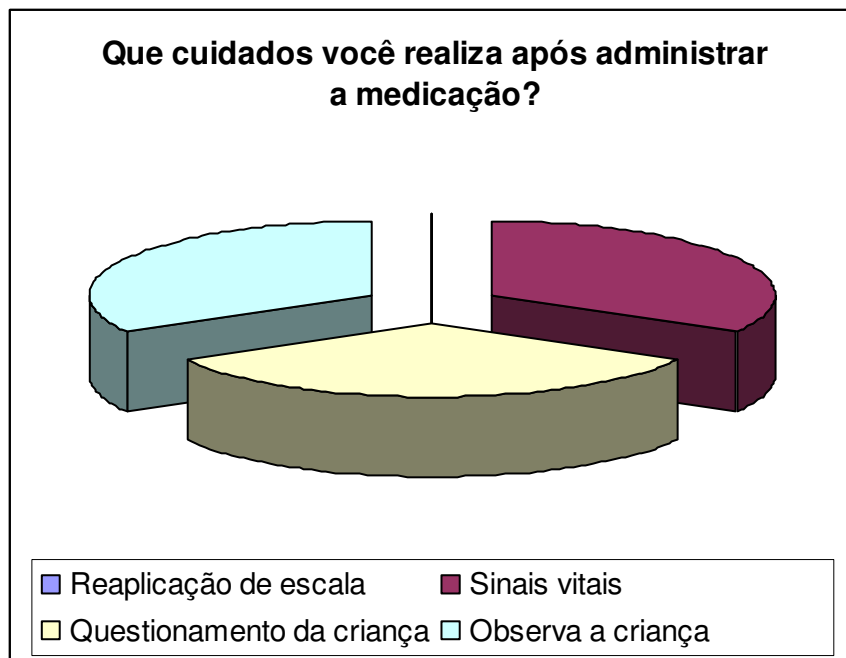
As formas de amenizar ou sanar o sofrimento variam desde não farmacológicas, que incluem as técnicas físicas e psicológicas, como a aplicação de frio no local, técnicas de distração, entre outros; as farmacológicas, que utilizam medicações como analgésicos não opióides, anestésicos e adjuvantes (sedativos) (CASTILHO, NOYOLA e SUÁREZ, 2003).

As intervenções não farmacológicas têm como objetivo intervir na dor branda e aumentar a eficácia dos medicamentos administrados ao paciente com dor moderada a intensa. (LISBOA, 2005). A queixa da dor deve ser sempre valorizada e respeitada, devido ao desconforto que manifesta, a ansiedade e o estresse que ela provoca.

Ao perguntarmos se a equipe de enfermagem administra medicamentos antes dos procedimentos dolorosos, todos os membros responderam que sim. Citando a via oral, como forma mais utilizada. Variando o tempo entre 20 minutos a 1 hora, antes dos procedimentos.

Antes do banho, algumas vezes, são administrados medicamentos para alívio da dor. As medicações para alívio da dor são prescritas diariamente pelo médico, na folha de prescrição. Quanto tempo antes se deve administrar a medicação fica a critério do profissional que realiza o procedimento.

Com relação aos cuidados que são realizados após a administrar a medicação, tivemos as seguintes respostas, visualizadas no gráfico abaixo.



“(...) a gente vê se ele parou de chorar, se era dor mesmo com a medicação vai passar, se ele continuar chorando é porque não era dor” (Amora).

Finalizando, questionamos os membros da equipe de enfermagem se estes registram os cuidados prestados para amenizar ou sanar a dor. Sete responderam que sim, dois disseram que não.

Os depoimentos retratam que a equipe de enfermagem reconhece a importância dos registros das queixas de dor. Destacamos que estes são essenciais para a avaliação, intervenção, tratamento e do cuidado da dor.

“(...) porque eu acho q isso também é importante, saber como é que ela reagiu àquela situação” (Ameixa).

“(...) geralmente passamos no plantão(...) no prontuário escrevemos: medicado para dor” (Pêra).

“(...) pra depois a enfermeira olhar e a residente” (Amora).

“(...) porque os médicos se baseiam no relatório da enfermagem” (Carambola).

“(...) para o pessoal que vai cuidar após o plantão saber e para o médico, principalmente para os médicos” (Pitanga).

“(...) são registrados, mas não da maneira como deveriam (...) uns registram, outros não” (Morango).

A enfermagem deve fazer de sua avaliação um cuidado permanente e cotidiano, já que o alívio da sensação dolorosa constitui-se em um importante princípio para a potencialização das medidas de cuidado e cura.

Ao longo dos anos, tem predominado na prática de enfermagem, nas unidades hospitalares, o sistema manual de registro dos cuidados prestados ao paciente. Em geral, todas as informações referentes às ações e observações realizadas pela equipe de enfermagem são registradas como um meio para gerenciar a assistência e avaliar a qualidade do atendimento. (SANTOS, PAULA e LIMA, 2003).

A enfermagem produz, diariamente, muitas informações inerentes ao cuidado dos pacientes. É possível estimar que ela seja responsável por mais de 50% das informações contidas no prontuário do paciente. (SANTOS, PAULA e LIMA, 2003). A equipe de enfermagem necessita incorporar o conhecimento à prática com o intuito de aprimorar a qualidade da assistência prestada a criança.

Consideramos que este objetivo foi alcançado com êxito, pois conseguimos compreender a percepção e intervenção da equipe de enfermagem frente à dor da criança. Este tema de dor é inquietante e muitas vezes procuramos buscar respostas nas pesquisas, para melhor compreendermos, avaliarmos e podermos contribuir para a ampliação dos conhecimentos para o cuidado de enfermagem; buscando minimizar o sofrimento físico e psicológico da criança que sofreu o trauma resultante da queimadura.

6.6 Outras Atividades Realizadas

Durante a implementação da prática assistencial, surgiu a oportunidade de realizarmos outras atividades que consideramos importantes para nosso aprendizado, dentre elas, o atendimento ambulatorial e o acompanhamento de procedimentos cirúrgicos.

6.6.1 Atendimento Ambulatorial

O atendimento ambulatorial às crianças vítimas de queimaduras, é realizado por uma equipe composta pelo médico, enfermeira da Unidade de Queimados e fisioterapeuta. Este ocorre todas segundas e quintas-feiras no período 13:30 às 17 horas. O retorno das crianças hospitalizadas ao ambulatório é previamente agendado, no dia da alta hospitalar. O atendimento é destinado a crianças que receberam alta e para crianças que apresentam pequenas queimaduras e não necessitam de internação. Estas freqüentam o ambulatório para realizar curativos e acompanhamento da evolução da queimadura.

A partir da terceira semana de estágio, acompanhamos e auxiliamos as atividades realizadas no ambulatório, como: medidas da criança para confecção da malha; entrega, colocação e orientações para criança e família, sobre o uso da malha compressiva; avaliação da seqüela da queimadura e realização de curativos.

Como estratégia para desenvolver as ações educativas do cuidado de enfermagem, optamos por utilizar um boneco que chamamos de “Super Malha”. Demonstrávamos através do boneco, como vestir a malha compressiva, orientando sobre sua importância. Posteriormente, oferecíamos o boneco para as crianças manusearem e vestirem a malha no boneco. Esta estratégia foi desenvolvida com o objetivo de possibilitar o conhecimento, manuseio e para elucidar às crianças e seus familiares/acompanhantes, a importância do uso da malha compressiva. Após este momento de contato e brincadeira de vestir/desvestir o boneco, entregávamos um folder contendo todas as orientações necessárias relacionadas ao cuidado à criança que vivenciou queimadura. (APÊNDICE VI)

Obtivemos respostas positivas, pois através do boneco, as crianças tornavam-se mais colaborativas ao vestir a malha, e atentas durante as orientações e demonstrações. Atendemos Pato Donald no ambulatório, um menino de 6 anos, morador de um abrigo em Timbó SC, acompanhado por sua mãe social. Este reside no abrigo, desde a alta hospitalar, há quatro meses,

juntamente com sua irmã gêmea e seu irmão de 4 anos. Foi encaminhado ao abrigo, por negligência e maus tratos dos pais. Donald apresentava seqüela de queimadura (por álcool, ocorrida há 4 meses) em face, tórax, abdome, membro superior esquerdo e mãos, necessitando usar malha em toda esta extensão.

Donald apresentava cabelos castanhos, olhos azuis, olhar triste e fixo para o chão. Era tímido, quieto e falava em tom de voz baixo. Donald foi à consulta para avaliação da seqüela de queimadura para iniciar o uso da malha compressiva. Para iniciarmos o dialogo, perguntamos seu nome, sua idade e nos apresentamos. Percebemos a preocupação dele com sua imagem corporal em relação ao uso da malha compressiva, evidenciada pela fala:

“Ô tia, né que quem rir vai pra secretaria?” (fala da criança à acompanhante - referindo-se aos colegas do abrigo).

Através do boneco, demonstramos como a malha deve ser utilizada e conversamos sobre sua importância no tratamento das seqüelas. Para aumentar sua cooperação, presenteamos a criança com uma capa de super-herói, fazendo uma analogia ao Super-Malha. Vestimos as malhas compressivas na criança com o auxílio de sua acompanhante. Donald foi colaborativo, sorriu, conversou, brincou. Ao final da consulta mostrou-se falante, olhando-nos. Agradeceu-nos e beijou-nos carinhosamente. Retribuímos o carinho recebido abraçando-o de forma afetuosa.



Pato Donald e “Super Malha”



Pato Donald vestindo a malha no boneco

A oportunidade de participar destes atendimentos permitiu-nos aprimorar nossos conhecimentos acerca do uso da malha compressiva, acompanhar a evolução da queimadura de algumas crianças que prestamos cuidados durante a hospitalização, bem como, fornecer orientações às crianças e seus familiares/acompanhantes, compreendendo que o cuidado vai além do hospital.

6.6.2 Acompanhamento Cirúrgico

Com o intuito de ampliar nosso conhecimento a cerca da Queimadura e seus tratamentos e dar continuidade ao cuidado às crianças hospitalizadas, optamos por acompanhar alguns encaminhamentos das crianças internadas na Unidade de Queimados, ao Centro Cirúrgico. Tivemos a oportunidade, de assistir a cirurgias de auto-enxerto, implante de matriz regeneração dérmica, zetaplastias e excisões.

As cirurgias, geralmente, eram realizadas nas segundas e sextas-feiras no período matutino e vespertino.

No nosso primeiro dia de estágio fomos informadas, que Mickey havia internado no dia anterior, ele era um menino de 8 anos, procedente do interior de SC. Mickey estava na Unidade de Terapia Intensiva, com cerca de 80% SCQ. Imediatamente procuramos conhecer a criança, e sua história, visitando-o na UTI. Ao vermos Mickey pela primeira vez, sentimo-nos abaladas com a situação presenciada, pois ver uma criança naquela situação, desfigurada, recebendo inúmeras medicações, cercada por vários equipamentos, despertou-nos um sentimento de impotência, aflição e tristeza.

Sua queimadura foi decorrente de um incêndio em sua residência, acidente no qual, seu irmão veio a falecer. Sua primeira intervenção cirúrgica foi acompanhada por toda equipe médica da Unidade de Queimados, acadêmicos de medicina, funcionários do Centro Cirúrgico e duas das acadêmicas.

Presenciamos quatro, dos cinco procedimentos cirúrgicos que realizou, cada intervenção teve duração entre quatro e seis horas. Éramos avisadas, pela equipe médica e nossa supervisora, os dias e horários das cirurgias, bem como, o quadro clínico no qual a criança encontrava-se.

Acompanhamos sua evolução, mas sabíamos que seu quadro era muito grave, Mickey permanecia em UTI, e infelizmente, após quatro semanas de sua hospitalização fomos informadas que a criança foi a óbito.

A morte, muito nos abalou, primeiramente por presenciarmos este ser tão frágil partindo, e posteriormente, por perceber a grande tristeza daqueles que ficaram. Por alguns momentos foi necessário refletir e conversar para percebermos que toda a dedicação destinada a Mickey não foi em vão, e que além de lamentar precisávamos continuar o desenvolvimento de nossa prática, pois existem outras crianças esperando por nosso cuidado.

Acompanhamos também, aproximadamente 5 intervenções cirúrgicas de outras crianças que se encontravam hospitalizadas por queimadura. Prestamos o cuidado de enfermagem a algumas crianças que se encontravam hospitalizadas para correção de seqüelas de queimadura.

Um dos procedimentos que assistimos foi de Fifi, uma menina de 12 anos, cabelos castanho-claros, olhos castanhos, procedente do extremo norte de SC, que internou para realizar implante de matriz de regeneração dérmica, devido a retração cicatricial decorrente de uma queimadura por leite fervente há 10 anos.

Procuramos estar presente desde a saída das crianças e seus familiares/acompanhantes da Unidade de internação, as orientações na sala de espera, a entrada na sala de cirurgia, o ato cirúrgico, recuperação pós-anestésica, até o retorno à enfermaria.

A oportunidade de participar deste atendimento permitiu-nos aprimorar nossos conhecimentos acerca dos tratamentos cirúrgicos utilizados às crianças vítimas de queimaduras. Propiciou ainda que fôssemos *presença*, ao vivenciar esses acontecimentos junto do paciente, tentando compreender intuitivamente sua experiência, estreitando assim a relação estabelecida com as crianças e seus familiares/acompanhantes.



“Mais importante do que concluir uma trajetória é o conhecimento construído ao longo dela e a vontade crescente de continuar buscando”.
(BRUGGEMANN, 2003).

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A construção deste trabalho despertou-nos sentimentos ambíguos de ansiedade, medo, incertezas, expectativas, de esperança, entusiasmo e alegria, pois atuar junto a crianças em situação de queimadura e seus familiares/acompanhantes seria um grande desafio. Motivadas por estes sentimentos e acreditando que esta experiência seria enriquecedora e proporcionaria importantes contribuições em nossa vida pessoal e profissional, aceitamos este desafio trabalhando para promover o *estar-melhor* a estas crianças.

A receptividade das crianças, seu modo de enfrentar as dificuldades, sua maneira de ver o mundo, sua alegria, seu sorriso e seu olhar foram fundamentais para desenvolver nosso cuidado. À medida que interagíamos com as crianças e seus familiares/acompanhantes fomos desmistificando nossos sentimentos de medo, angústia e impotência que trazíamos conosco. Compreendemos que para vencer estas inquietações e implementar um cuidado humanizado, era necessário estabelecer uma relação dialógica, onde interagimos com a criança e sua família, considerando-os como seres únicos, respeitando suas vivências.

Neste sentido, a Teoria Humanista de Paterson e Zderad tornou-se um caminho apropriado para sermos *presença*, estarmos abertas e disponíveis para *responder* os *chamados* da criança e seu familiar, visando o desenvolvimento do *bem-estar* e do *vir-a-ser-mais*.

Percebemos que os brinquedos e o brincar facilitaram nossa aproximação com a criança e o seu mundo. Nesta visão, implementar o cuidado de enfermagem sem utilizar o lúdico e o brinquedo é negar a sua essência, pois, para a criança o cuidado afetivo-emocional é tão importante quanto o cuidado físico. Evidenciamos que o Brinquedo Terapêutico proporcionou à criança uma melhor compreensão dos procedimentos pelos quais foi submetida durante sua hospitalização, minimizando assim, sua ansiedade, seu medo do desconhecido e possíveis traumas.

Constatamos que ao cuidar da criança juntamente com sua família promovemos um cuidado mais humanizado, visto que, respeitamos sempre suas necessidades e singularidade, procurando compreender seus sentimentos e emoções. Acreditamos ter contribuído durante a hospitalização através da realização de atividades recreativas, educativas e de sensibilização, permitindo a troca de experiências, a distração, a socialização e o aprendizado.

As experiências compartilhadas com a equipe de enfermagem foram importantes durante nossa caminhada em busca de novos conhecimentos em relação à queimadura. A confiança em nós depositada permitiu a conquista de espaço para realizarmos as atividades propostas. Neste sentido, compreendemos que para estabelecer uma relação saudável entre uma equipe profissional, é necessário cultivar respeito e limites individuais.

Concluimos esta etapa satisfeitas levando conosco lembranças de momentos marcantes que nos mostraram o quão pequenos são nossos sofrimentos frente a realidade apresentada pelas famílias que acompanhamos, e o quanto desconhecemos a força e a capacidade da criança em enfrentar adversidades da vida.



*O cuidado humanizado se traduz no encontro com o outro,
no saber ouvir, no respeito à individualidade,
compreensão dos sentimentos, na empatia e afeto.*

8 REFERÊNCIAS

- BAGATINI A, FUHRMEISTER AVA, FORTIS EF, NORA F, MENDES F, MEYER I, et al. **Anestesia: a vitória sobre a dor**. Porto Alegre: SARGS; 2001
- BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. Lisboa/Portugal: Edições 70, 2002.
- BEHRMAN, Richard E.; KLIEGMAN, Robert M.; JENSON, Hal B. **Tratado de Pediatria**. 16ª edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.
- BOOSS J, DRAKE A, KERNS RD, RYAN B, WASSE L. **Pain as the 5th vital sign** [toolkit on the internet]. Illinois: Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations; 2000 [cited 2006 Abr 27]. Available from: http://www.va.gov/oaa/pocketcard/pain5thvitalsign/paintoolkit_oct2000.doc.
- BORBA, R.I.H.de. Mesa Redonda: O brinquedo e a Assistência de Enfermagem à Criança. **Enfermagem Atual**, p.9-11 nov/dez.,2002.
- BRAUNWALD, Eugene MD. et al. **Harrison – Medicina Interna**. 15ª edição. Rio de Janeiro: Mc Graw Hill, 2002.
- BRUNNER & SUDDARTH. **Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica**. 9ª edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.
- CARRARO, Telma Elisa. **Marco Conceitual: Subsídio para a Assistência de Enfermagem**. Cogitare Enfermagem, Curitiba. v.3, n.2 , jul/dez. 1998, p. 105-108.
- CASTILHO, D. D.; NOYOLA, A.G.; SUÁREZ, L. O. R. Sedación y Analgesia en urgencias pediátricas. **Rev. Cubana de Medicina General Integral**, v. 19, n.2, Ciudad de La Habana. Mar-Abr. 2003.
- ENDOCENTER: Disponível em <http://www.endocenterpe.com.br/ethicon.html> Acessado em 22 maio de 2007.
- FILHO, Osvaldo João Pereira. **Seqüelas de Queimaduras**. In: ACAMPORA, Armando José d`. Manual de Terapêutica: cirurgia. Blumenau: Nova Letra, 2006.p.294-296.
- FLEISHER, Gary R.; LUDWIG, Stephen; SILVERMAN, Benjamim K. **Compêndio de Pediatria de Urgência**. Porto Alegre: Ed Artes Médicas, 1998.
- FORJUOH, SN. Burns in low-and middle-income countries: areview of available literature on descriptive epidemiology, risk factors, treatment, and prevention. **Burns**. 2006. p. 529-537.

- FORUM DE ENFERMAGEM:
http://www.forumenfermagem.org/index2.php?option=com_content&do_pdf=1&id=2489.
Acessado em 22 maio de 2007.
- HOSPITAL INFANTIL JOANA DE GUSMÃO. Disponível em
<http://www.saude.sc.gov.br/hijg>. Acesso em 15 jan.2007.
- JACKSON, J.E. After a while no one believes you: real and unreal pain. In: GOOD, M.D.; BRODWIN, P.E.; GOOD, B.J.; KLEINMAM, A. **Pain as human experience an anthropological perspective**. Los Angeles: University of California Press, 1992. p. 138-168.
- JUNQUEIRA, Maria de Fátima Pinheiro da Silva. **O brincar e o desenvolvimento infantil. Pediatría Moderna**. v. 35 n.12. Dez. 1999.
- KNOBEL, Elias. **Condutas no Paciente Grave**. 2ª edição. São Paulo: Editora Atheneu, 1998.
- LEOPARDI, MT. Josephine E. Paterson e Loretta T. Zderad – **Teoria da Enfermagem Humanística**. In: LEOPARDI, MT. **Teorias em Enfermagem**. Florianópolis: Papa-Livro, 1999. p. 131-137.
- LAFFREY, Shirley C.; BROUSE, Susane H. Patterson and Zderad – a humanistic nursing model. IN: FITZPATRICK, Joyce J.; WHALL, Ann L. **Conceptual models of nursing: analysis and application**. Maryland: Prentice – Hall, 1983, p. 181-202.
- LISBOA, M. T. L. Princípios do Manejo da Dor. In: BOWDEN, V. A.; GREENBERG, C. S. (Ed.). **Procedimentos de Enfermagem Pediátrica**. Rio de Janeiro: Editora Guanabara-Koogan, 2005. p. 43-55.
- MACIEL, Edmar; SERRA, Maria Cristina. **Tratamento de Queimaduras**. São Paulo. Editora Atheneu, 2004.
- MARCONDES, Eduardo; VAZ, Flávio Adolfo Costa; RAMOS, José Lauro Araújo; OKAY, Yassuhiko. **Pediatria Básica: Pediatria Clínica Geral**. 9ª edição. São Paulo: Ed. Sarvier, 2003.
- MARTINS, MR; RIBEIRO, CA; BORBA, RIH; SILVA, CV. Protocolo de preparo da criança pré-escolar para punção venosa, com utilização do brinquedo terapêutico. **Rev. Latino-am Enfermagem** 2001 março; 9(2) p. 76-85.

- MAY, Léia Emília. **A atuação da enfermeira frente a dor do cliente em pós-operatório – Uma abordagem humanizada.** 2002. 121f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina. 2002.
- MELEIS, Afaf. **Teorical nursing: development & progress.** Philadelphia: J.B. Lippincott, 1985, p. 247-254: Josephine Paterson and Loretta Zderad.
- MEMBRACEL: Disponível em <http://www.membracel.com.br/index.htm>. Acessado em 22 maio de 2007.
- OLIVEIRA, ME. **Cuidando-Aprendendo Enfermagem com Amor: Uma Experiência Dialógica com Mães/Recém-Nascidos Pré-Termo.** In: OLIVEIRA, ME; BRÜGGEMANN, OM; FENILI, RM. A Teoria Humanística de Paterson e Zderad. In: OLIVEIRA, ME; BRÜGGEMANN, OM (Org.). Cuidado Humanizado: Possibilidades e Desafios para a Prática da Enfermagem. Florianópolis: Cidade Futura, 2003 p. 85-126.
- OLIVEIRA, ME; BRÜGGEMANN, OM; FENILI, RM. **A Teoria Humanística de Paterson e Zderad.** In: OLIVEIRA, ME; BRÜGGEMANN, OM (Org.). Cuidado Humanizado: Possibilidades e Desafios para a Prática da Enfermagem. Florianópolis: Cidade Futura, 2003 p. 11-33.
- PEREIRA, Maurício José Lopes. **Queimaduras.** In: ACAMPORA, Armando José d`. Manual de Terapêutica: cirurgia. Blumenau: Nova Letra, 2006.p.281-295.
- PEREIRA, Maurício José Lopes; SOUZA, José Antônio de. **Queimaduras.** In: ACAMPORA, Armando José d`; LEMOS, Cláudia V. da Silva. Manual de Terapêutica: pediatria. Blumenau: Nova Letra, 2006.p.1112-1117.
- PEREIRA, Maurício José Lopes et al. Importância do primeiro atendimento em queimaduras. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, v.31, nº 3-4, p.20-26. 2001.
- PEREIRA, Maurício J. L., et al. Análise de 781 Crianças com queimaduras internadas no Hospital Infantil Joana de Gusmão – Florianópolis – SC, In: SERRA, M. Cristina et al. **Revista Brasileira de Queimaduras.** Ed. Atheneu, vol. 6 n. 2 julho/dezembro 2005, p. 10-28.
- PORTAL HUMANIZA. Disponível em <http://www.portalhumaniza.org.br/ph/texto.asp?id=80> . Acessado em 11 maio de 2007.

- PRAEGER, SG; HOGARTH, CR. Josephine E. Paterson e Loretta T. Zderad. In: GEORGE, JB. **Teorias de Enfermagem: Fundamentos para a Prática Profissional**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993 p. 242-253.
- RIBEIRO, Combate. A. Mesa Redonda: O brinquedo e a Assistência de Enfermagem à Criança. **Enfermagem Atual**. nov/dez.2002.p.7-9.
- ROLIM, KMC; CARDOSO, MVLML. **O Discurso e a Prática do Cuidado ao Recém-nascido de Risco: Refletindo sobre a Atenção Humanizada**. Rev. Latino-Am Enfermagem, São Paulo, v.14, n.1, p.85-92, 2006.
- ROSSI, L.A. *et al.* A dor da queimadura: terrível para quem sente, estressante para quem cuida. **Rev.latino-am.enfermagem**, Ribeirão Preto. v. 8, nº 3, p. 18-26, julho 2000.
- ROSSI, L. A. O processo de cuidar da pessoa que sofreu queimaduras: significado cultural atribuído por familiares. **Rev. Esc. Enferm. USP**. São Paulo, v.35, n. 4, p.336-45, maio/ago. 2001.
- RODRIGUES, C. R. O cuidar da criança na percepção do enfermeiro. In: **o Mundo da Saúde**. São Paulo, v. 24. n. 24, jul/ago. 2000.
- RENCK, Lauri Iva. **Enfermagem às famílias das crianças com queimaduras: Criando o processo de cuidar na perspectiva interacionista**.2004. 139f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina. 2004.
- ROCHA, Patrícia Kuerten. **Brinquedo Terapêutico e crianças institucionalizadas vítimas de violência: propondo um modelo de cuidado de enfermagem**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina. 2005.
- ROCHA, Patrícia Kuerten, PRADO, M. L. do, SEBOLD, L. F. **A Enfermagem e o manejo da dor em Crianças**. In: KALINOWSKI, C. E., OLIVEIRA M. E., RIBEIRO N. R. Programa de Atualização em Enfermagem: Saúde da Criança e do Adolescente: PROENF. Ed. Artmed/Panamericana editora, 2006.
- RUSSO, Ary do Carmo. **Tratamento da Queimaduras**. 2ª edição. São Paulo: Ed. Sarvier, 1976.

- SANTOS, Sérgio Ribeiro dos; PAULA, Adenylza Flávia Alves de; LIMA, Josilene Pereira. O enfermeiro e sua percepção sobre o sistema manual de registro no prontuário. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** vol.11 nº1. Ribeirão Preto Jan./Fev. 2003.
- SCHIMITT, Carmelita Luzia Shapoo, MULLER, Patrícia Eulésia Pierri. **Brincar com a criança: Parte do cuidado de enfermagem no contexto da internação hospitalar**. 2004. (Monografia apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Enfermeiro) - Universidade do Vale do Itajaí, Biguaçu, 2004.
- SABATES, Ana Llonch; RIBEIRO, Circéa Amalia; BORBA, Regina Issuzu Hirooka. **O Brinquedo como instrumento na assistência de Enfermagem à criança**. São Paulo.p.1-7. 1995.
- SERRA, Maria Cristina; GOMES, Dino Roberto. **A criança queimada**. Rio de Janeiro: 1999.
- SILVA, Alcione L. & ARRUDA, Eloíta N. **Referenciais com base em diferentes paradigmas: problema ou solução para a prática da Enfermagem**. Texto, Contexto – Enfermagem, Florianópolis, v.2, n.1, p. 83-92, jan/jun. 1993.
- SILVA, Leila Rangel. A utilização do Brinquedo Terapêutico na prescrição da assistência de Enfermagem pediátrica. **Texto&Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.7, n.3, p.96-105, set./dez.1998.
- SOARES, Maria Rita Zoéga. **Hospitalização infantil: análise do comportamento da criança e do papel da psicologia da saúde**. Pediatria Moderna. v. 37 n.11, Nov. 2001.
- TAMEZ, RN; SILVA, MJP. **Enfermagem na UTI Neonatal. Assistência ao Recém-nascido de Alto Risco**. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.
- TOWNSEND, Courtney M.; BEAUCHAMP, R. Daniel; EVERS, B. Mark ; MATTOX, Kenneth L. **Tratado de Cirurgia – A Base Biológica da Prática Cirúrgica Moderna**. 17ª edição. Rio de Janeiro: Ed. Elsevier, 2005.
- VIANA DL. Sensibilizando-se para cuidar: a experiência da enfermeira frente à avaliação da dor na criança. Dissertação. São Paulo (SP): USP/Programa de Pós-Graduação em Enfermagem; 2004.
- WESTPHAL MF, Bógus CM, Faria MM. **Grupos focais: experiências precursoras em programas educativos em saúde no Brasil**. Bol Oficina Sanit Panam. 1996; 120 (6): 472-82.

- WHALEY, Lucile F. E WONG, Donna L. **Enfermagem Pediátrica. Elementos essenciais à intervenção efetiva.** 5ª edição. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan, 1999.
- WRIGHT, L. M.; LEAHE, M. **Enfermeiras e famílias:** um guia para avaliação e intervenção na família. 3ª ed. São Paulo: Roca, 2002.

APÊNDICES

APÊNDICE I



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Este instrumento tem a finalidade de obter o seu consentimento por escrito para participar do trabalho de conclusão de curso de graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina “BRINQUEDO TERAPÊUTICO: Uma Estratégia de Interação do Cuidado Humanizado à Criança em Situação de Queimadura”, que será desenvolvido pelas acadêmicas: Bianca Walter, Maristela Maria Cardozo e Taina Barbie do Espírito Santo, orientado pela Prof^a. Msc. Ana Maria Farias da Silva e supervisionado pela Enf^a. Msc. Lauri Iva Renck, a realizar-se na Unidade de Queimados do Hospital Infantil Joana de Gusmão (HIJG).

Através deste documento declaro que fui informado que este trabalho tem como objetivo “Cuidar da criança vítima de queimadura baseado no referencial teórico de Paterson e Zderad utilizando o Brinquedo Terapêutico como instrumento facilitador do cuidado de enfermagem”, bem como me foram apresentadas a justificativa e metodologia referentes ao estudo.

Sua participação, de sua família e de seu filho neste trabalho, será com o fornecimento de dados, obtidos através do prontuário e de conversa com as acadêmicas que serão gravadas e posteriormente transcritas, observação direta pelas mesmas e realização de cuidados de Enfermagem com a criança queimada.

A participação nesta prática não irá prejudicar, sob nenhum aspecto, os envolvidos neste trabalho. Será garantido o anonimato e a qualquer momento lhe será dado o direito de desistir da participação no estudo, sem sofrer penalidades.

Informamos que não há custo pessoal para o participante em qualquer fase do estudo e que também não há compensação financeira relacionada à participação. Se existir qualquer despesa adicional, ela será absorvida pelo orçamento da pesquisa.

Após ler o presente termo e aceitar participar do trabalho, pedimos que assine as duas vias do Termo de Consentimento, sendo que uma delas ficará em seu domínio.

Qualquer informação adicional ou esclarecimento a respeito do trabalho poderá ser obtido com as acadêmicas na Unidade de Queimados do Hospital Infantil Joana de Gusmão, ou pelos telefones 9907 4051/9161 1659/ 9126 3625 ou do Comitê de Ética do HIJG 3251 9092.

Os dados obtidos serão conservados por cinco anos pelas autoras em uma pasta específica de posse única das acadêmicas e posteriormente destruídos.

Os aspectos abordados na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e os princípios do Código de Ética Profissional serão respeitados durante todo o desenvolvimento do estudo.

Eu, _____, consinto em participar como sujeito do presente trabalho. Declaro ainda, que estou ciente do objetivo e do método, bem como meus direitos de desistir a qualquer momento e do sigilo.

Assinatura:_____.

Assinatura Criança maior 12 anos:_____.

Florianópolis, ____/____/____.

APÊNDICE II



INSTRUMENTO HUMANIZADO DE AVALIAÇÃO DA CRIANÇA EM SITUAÇÃO DE QUEIMADURA

1 IDENTIFICAÇÃO

Nome

Sexo: M () F () Idade: Data de Nascimento: / /

Raça: Escolaridade:

Posição na família: Religião:

Nome do Pai:

Idade: Profissão: Escolaridade

Nome da mãe:

Idade: Profissão: Escolaridade:

Procedência: Naturalidade:

Internações Anteriores: Não () Sim () Motivo:

Data de internação: ____/____/____.

2 HISTÓRIA ATUAL DA DOENÇA/ OBSERVAÇÃO CIENTÍFICA

Data do acidente: ____/____/____.

Onde aconteceu?

Tipo de Queimadura: () Térmica () Química () Elétrica

Agente causador: () Líquido aquecido () vapor aquecido () sólidos aquecidos

() queimadura solar () fricção () infravermelho () eletricidade () substância química, ácido: () substância química, base: _____

Inflamáveis: () álcool () gasolina () querosene () gás

Outros: _____

Profundidade: () 1º grau () 2º grau superficial () 2º grau profundo () 3º grau

Extensão:

Como aconteceu?

Quais os primeiros cuidados realizados?

Antecedentes familiares de queimaduras:

Imunização:

3 HÁBITOS DA CRIANÇA

3.1 Alimentação:

Numero de refeições diárias? Quantidade? Horário das refeições?

Alimenta-se sozinha? (colher, garfo, mamadeira)

Preferências alimentares:

Ingere líquidos? Quais? Quantidade? Preferência?

Há modificações da alimentação quando a criança está doente?

Restrições alimentares?

3.2 Eliminações

Intestinal:

Frequência:

Características:

Uso de fralda (☐) Sim (☐) Não

Urinária:

Frequência:

Características:

3.3 Sono e Repouso

Onde dorme:

Características do sono:

Horário:

3.4 Higiene Corporal

Banho (horário, frequência, uso de banheira, quem dá o banho, lavagem dos cabelos)

Condições de higiene encontradas:

4 DESENVOLVIMENTO NEURO-PSICO-MOTOR

Área motora:

Cognitivo:

Linguagem:

Social:

Recreação:

Banho de sol:

Atividades escolares:

Como se relaciona com:

Pais:

Irmãos:

Parentes:

Vizinhos:

Colegas/Amigos:

Professores:

5 EXAME FÍSICO

5.1 Fácies:

5.2 Pele (cor, integridade, hidratação, problemas/ localização):

5.3 Avaliação nutricional

Peso: _____

Estatura: _____

5.4 Hidratação/Nutrição

Forma de ingestão:

SNG/ SNE () Via parenteral () Via Oral _____

5.5 Cabeça (forma, consistência, anormalidades, fontanelas, couro cabeludo):

Face (integridade, simetria):

Olhos (integridade, conjutivas, secreção):

Nariz (ventilação, secreção):

Boca (umidade, integridade, dentição):

Orofaringe (coloração, tumefação, placas):

Orelhas (audição, integridade, secreção):

5.6 Pescoço (tonicidade, flexão, extensão, linfonodos):

5.7 Tórax:

Forma:

Ausculat pulmonar:

Características da Respiração (tipo, frequência, dispnéia):

Ausculat cardíaca (características, frequência)

5.8 Regulação térmica

Tax: _____ °C.

5.9 Abdome: região umbilical e inguinal

Características/Anormalidades:

5.10 Genitais:

Feminino (grandes lábios, clitóris, meato, períneo, integridade, anormalidades):

Masculino (testículos, bolsa escrotal, meato, integridade, anormalidades):

5.11 Dorso (características/anormalidades):

5.12 Extremidades:

Membros superiores (simetria, mobilidade, rede venosa, integridade/anormalidade, dedos):

Membros inferiores (simetria, mobilidade, rede venosa, integridade/anormalidade, dedos):

5.13 Reflexos (presença/características, compatível com a idade cronológica):

5.14 Superfície Corporal Queimada

Localização	Classificação			Características	Curativo
	1º	2º	3º		
Cabeça					
Pescoço					
Tronco anterior					
Tronco posterior					
Nádega direita					
Nádega esquerda					
Genitália					
Braço direito					
Braço esquerdo					
Antebraço direito					
Antebraço esquerdo					

Mão direita					
Mão esquerda					
Coxa direita					
Coxa esquerda					
Perna direita					
Perna esquerda					
Pé direito					
Pé esquerdo					

6 TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA:

7 TRATAMENTO CIRÚRGICO:

8 PERCEPÇÃO DOLOROSA:

Característica (principal queixa, duração):

Localização:

9 PERCEPÇÕES E EXPECTATIVAS DA CRIANÇA E FAMÍLIA/ OBSERVAÇÃO INTUITIVA

O que a família e a criança sabem sobre queimadura?

O que significa queimadura para a família e para a criança?

O que sente em relação à situação em que se encontram?

Queixas:

Dúvidas:

Quem cuida da criança em casa:

Quem cuidará da criança após a alta:

APÊNDICE III



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM**

**AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO E USO DE REGISTROS FOTOGRÁFICOS DA
PRÁTICA ASSISTENCIAL NA UNIDADE DE QUEIMADOS DO HOSPITAL INFANTIL
JOANA DE GUSMÃO (HIJG).**

Autorizo as acadêmicas Bianca Walter, Maristela Maria Cardozo e Taina Barbie do Espírito Santo, do último período do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), a realizarem registros fotográficos durante as atividades práticas na Unidade de Queimados do HIJG.

Estou consciente de que as fotos selecionadas sob minha autorização serão utilizadas em trabalhos desenvolvidos pelas estudantes, que manterão os devidos cuidados de não identificação da criança internada na Unidade de Queimados.

Florianópolis, ____/____/____.

- () Familiar da Criança.
- () Criança maior de 12 anos de idade.
- () Membro da equipe de Enfermagem da Unidade de Queimados.

APÊNDICE IV
PROCESSOS DE ENFERMAGEM

PROCESSO DE ENFERMAGEM DE FADA SININHO		
Diálogo Intuitivo	Diálogo Científico	Fusão Intuitivo-Científico
<ul style="list-style-type: none"> Fada Sininho é uma menina de 10 anos, alegre, inteligente, com olhar atento, comunicativa e contagiante. Apresenta seqüela de queimadura e interna freqüentemente desde que sofreu um acidente por álcool há aproximadamente 2 anos, perfazendo 52% SCQ. A criança era conhecida por duas das acadêmicas que haviam realizado estágio não-obrigatório há um ano. 		<p>Metas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Estabelecer um vínculo com a criança e família; - Minimizar o estresse decorrente de procedimentos cirúrgicos; - Promover e estimular momentos de recreação; - Promover atividades educativas que propiciem a troca de conhecimentos; - Estimular a expressão de sentimentos; - Auxiliar a ingesta hídrica e alimentar; - Manter MSE imobilizado; - Cuidados com venopunção; - Prevenir infecção; - Aplicar a terapêutica indicada; - Estimular o uso de malha compressiva;
<ul style="list-style-type: none"> Encontramo-nos com Fada Sininho numa segunda-feira, dia 07/05/07. Ela havia internado no dia anterior para realizar cirurgia de auto-enxerto. A criança estava em companhia da mãe (Tulipa), aparentemente tranqüila, preparando-se para ir ao Centro Cirúrgico. Apresentamo-nos e pedimos para assistir sua cirurgia. Com consentimento da mesma e de Tulipa uma das acadêmicas acompanhou-a até o Centro Cirúrgico e permaneceu o seu lado na sala de cirurgia, acalmando-a, explicando que ao acordar a encontraria junto com sua mãe. Na sala de espera Sininho mostrou-se ansiosa, chorando e solicitando a presença da mãe durante o procedimento. Na sala de cirurgia a criança 	<ul style="list-style-type: none"> Fada Sininho internou para mais uma Cirurgia de Implante de Matriz de Regeneração dérmica: Retração cicatricial de antebraço e braço esquerdo. Remoção do tecido cicatricial e liberação da retração cicatricial desde o antebraço até o ponto com afastamento das bordas cerca de 5cm. Implante de matriz de regeneração dérmica em antebraço. Curativo primário com Inadine (curativo não aderente estéril com iodopolvidine). Curativo secundário com chumaço e atadura. 	<ul style="list-style-type: none"> As cicatrizes de Fada Sininho são evidentes e atingem áreas como: rosto, pescoço, tórax, abdome e membros superiores (MMSS). Mesmo com a imagem corporal modificada, notamos que Sininho mantém sua auto-estima, sendo vaidosa com suas roupas e seu cabelo. A criança já foi submetida a diversas hospitalizações e a inúmeros procedimentos repetitivos, como: punções, auto-enxerto, sondagens, curativos, implante de matriz de regeneração dérmica, zetaplastia, entre outros. Devido a isto, identificamos a necessidade de desenvolver atividades que estimulem a expressão de seus conhecimentos, de suas vivências e ainda acrescentar informações à cerca da queimadura, seus tratamentos,

<p>permaneceu chorosa e pediu à acadêmica que segurasse sua mão, recusou a anestesia inalatória pedindo que fosse feita apenas a intravenosa. Durante a recuperação pós-anestésica, Sininho mostrou-se tranqüila, porém, questionando sobre a cirurgia.</p> <p>“Meu enxerto ficou bom?”</p> <ul style="list-style-type: none"> ● No dia 08/05, terceiro dia de internação, encontramos Sininho no leito, com pouca mobilidade, sonolenta, pouco comunicativa e em companhia da mãe. Ao entrarmos no quarto Sininho pediu para conversar e brincar conosco. <p>“Vamos brincar?!”</p> <p>Levamos uma boneca e roupinhas de papel para montagem. Sininho ficou animada e contente com o brinquedo, sentou-se no leito e solicitou nossa ajuda para montá-lo. Conversamos com ela e Tulipa sobre os objetivos de nosso estudo, solicitando a participação de ambas.</p> <p>“...eu quero, eu quero participar...” (fala da criança)</p> <p>Após assinar o Termo de Consentimento para participar do estudo iniciamos o histórico de enfermagem. Durante o diálogo, na presença da menina, Tulipa mostrou-se séria, compenetrada, pensativa tentando relembrar com detalhes o acidente.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Fada Sininho, sexo feminino, nascida em 01/11/1996, branca, freqüenta a 4ª série do ensino fundamental, terceira filha de Girassol e Tulipa., 36 anos, desempregada, ensino médio completo. Procedente e natural de São José, reside com a mãe e com o irmão de 17 anos. Possui ainda, um irmão de 20 anos que reside como pai. Internou inúmeras vezes devido a queimadura. Em 2005 e 2006 submeteu-se há aproximadamente 50 encaminhamentos ao Centro Cirúrgico para realizar cirurgias e trocas de curativos sob anestesia. <p>Data de internação: 06/05/2007.</p> <p>Data do acidente: 20/12/2005. Queimadura por álcool. Segundo a mãe, o pai da criança jogou álcool intencionalmente em Sininho acendeu o fósforo, deixou a criança em chamas e saiu do local. O tio de Sininho apagou o fogo com pano. A criança foi transportada de helicóptero pelos bombeiros imediatamente à UTI do HJG. A equipe de enfermagem desconhece a versão contada por Tulipa e história que encontramos no prontuário, relata que a criança estava brincando com o primo de 14 anos, quando ocorreu o acidente.</p> <p>Nega antecedentes familiares de queimadura.</p> <p>Em casa, realiza 4 refeições diárias: café da</p>	<p>cuidados e reabilitação.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Percebemos que a atividade desenvolvida facilitou a interação com a criança, permitiu que a mesma mostrasse o conhecimento que possui sobre a queimadura e sua terapêutica. Possibilitou ainda, ampliar seu aprendizado sobre a temática, estabelecermos a comunicação, aproximação, conhecermos sua história e experiência vivida. <p>As cicatrizes hipertróficas e retrações cicatriciais apresentadas por Sininho, geram certo grau de limitação em seus movimentos de extensão e lateralização do pescoço.</p> <p>Durante o convívio com Sininho observamos que Tulipa intervia em nossos questionamentos respondendo-os, dificultando a expressão dos sentimentos da criança.</p> <p>O fato de Sininho não conviver com crianças da sua faixa etária e permanecer a maior parte do tempo em casa, pode estar relacionado a uma proteção excessiva de Tulipa, por receio que a filha sofra preconceitos, ou a um possível isolamento social decorrente das seqüelas de queimadura.</p> <p>Apesar de Sininho não freqüentar regularmente a escola, percebemos que ela apresenta desenvolvimento cognitivo, motor e psicossocial adequado para idade.</p>
--	---	---

<p>“Mudou tudo né? Eu tive que parar de trabalhar, ela teve muitas dificuldades, em reagir, ela passou muito tempo no hospital... na verdade eu ganhei uma nova Sininho e uma nova vida, né?! Foi muito difícil, muito difícil.”</p> <p>“Tô me acostumando, me adaptando, mas ainda ela depende muito de mim, né?! Eu não consigo trabalhar”.</p> <p>Ao fim da entrevista, após conhecer mais detalhadamente a história de Sininho, convidamo-na para brincar. Sininho mostrou-se entusiasmada com a brincadeira. Optamos por realizar um Dominó Educativo (APÊNDICE VIII). O mesmo era composto por perguntas e respostas relacionadas à queimadura e seus tratamentos. Sininho encontrava-se sozinha em seu quarto e, após explicarmos os objetivos do jogo, iniciamos a atividade no leito da criança. As peças foram distribuídas sobre um tabuleiro e divididas entre os participantes (criança e acadêmicas). A criança lia com dificuldade as perguntas e/ou respostas encaixando as peças. Durante o desenvolver da atividade, Sininho relatava sua vivência espontaneamente.</p> <p>“Esse braço aqui já teve infecção”.</p> <p>“Eu já tive queimadura de 1º, 2º e 3º grau, só faltou de 4º”.</p> <p>“Eu não uso a malha porque não serve”.</p> <p>“... essa eu não sabia...” (referindo-se a uma das perguntas).</p> <p>Ao fim do jogo, a criança pediu para jogar novamente:</p> <p>“Vamos jogar mais uma vez?”.</p>	<p>manhã (mamadeira ou fruta), almoço, lanche e jantar. Inger todos os tipos de alimentos, exceto camarão, pois, causa alergia “coceira”. Alimenta-se sozinha, utiliza garfo e faca, toma mamadeira. Inger em torno de 1 litro de líquidos diariamente, tem preferência por água. Quando doente, há modificação nos hábitos alimentares, comendo em pequena quantidade. Frequência das eliminações intestinais de uma vez ao dia, com consistência pastosa e coloração marrom. Urina aproximadamente 5 vezes ao dia, de coloração amarelo-citrino.</p> <p>Dorme com a mãe, porém, tem quarto próprio. Tulipa relata que Sininho não dorme bem, tem insônias e pesadelos. Geralmente, dorme das 04:00 às 12:00 horas.</p> <p>Toma banho de aspersão no chuveiro duas vezes ao dia, no período da manhã e à noite. Lava os cabelos diariamente.</p> <p>Encontramos a criança com boas condições gerais de higiene.</p> <p>Toma banho sozinha e algumas vezes, é auxiliada pela mãe. Lava os próprios cabelos. É bem sucedida na percepção das próprias necessidades ou daquelas de outras crianças. Cria um cachorro de estimação. É responsável pela tarefa completa de higiene, mas precisa ser lembrada disto. Escreve histórias curtas sobre sua casa, animais e flores. Escreve pequenas cartas ocasionais para amigos ou parentes por iniciativa própria. Usa telefone. Lê informações práticas ou do próprio gosto. Frequenta ocasionalmente à escola devido as inúmeras hospitalizações que é submetida. Os professores levam algumas tarefas escolares para que Sininho as realize em casa quando a mesma</p>	
--	--	--

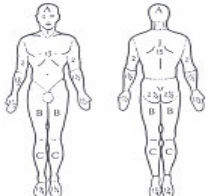
<p>Repetimos a brincadeira, e novamente a criança manifestou-se.</p> <p>“Eu já fiz vários enxertos”.</p> <p>“O meu teve pus” (referindo-se à infecção).</p> <p>Ao término da atividade, despedimo-nos carinhosamente e comunicamos que voltaríamos no dia seguinte.</p> <p>“Vai, mas volta ta?!” (fala da criança)</p> <p>“Eu quero um beijo de cada uma” (fala da criança)</p>	<p>encontra-se impossibilitada de ir à escola. Ama os amigos, gosta de conversação. Gosta da família. Demonstra afeição. Quer agradar a mãe. Relaciona-se bem com a mãe e irmãos, demonstrando carinho com ambos. Mantém pouco contato com o pai, evitando falar sobre o mesmo. Em casa, não brinca com crianças da mesma idade, pois não tem amigos, permanecendo a maior parte do dia assistindo televisão.</p> <p>No hospital, a criança está restrita ao leito, realiza 5 refeições diárias complementadas com mamadeira, sono tranquilo durante à noite dormindo aproximadamente 9 horas. No período vespertino, não dorme. Mantém bom relacionamento com a equipe interdisciplinar.</p> <p>EXAME FÍSICO</p> <p>Fácies: Alegre, animada, sorridente.</p> <p>Pele: hidratada, turgor mantido, palidez cutâneo-mucosa +/-.</p> <p>Peso: 34 quilos</p> <p>Estatuta: 1,50 m.</p> <p>Dieta via oral: iogurte, sopa, arroz, carne, leite, suco, pão, bolacha, feijão, ovo...</p> <p>Cabeça: Crânio levemente arredondado, simétrico, sem deformações. Couro cabeludo sem lesões aparentes, cabelos de comprimento até os ombros, ondulado de coloração castanho escuro, sem presença de parasitas ou seborréia. Região mandibular apresentando cicatriz hipertrófica de coloração rósea.</p> <p>Olhos brilhantes, íntegros, ausência de secreção ocular. Pálpebras íntegras. Pupilas arredondadas, centrais e isocóricas.</p> <p>Nariz sem presença de congestão ou secreção.</p> <p>Lábios íntegros, sem lesões aparentes, mucosa</p>	
---	--	--

	<p>oral úmida, cavidade oral íntegra. Dentição mista. Gengiva rósea, íntegra.</p> <p>Orofaringe rósea, ausência de placas.</p> <p>Ouvido externo com implantação na linha dos olhos, íntegros. Ouvido interno sem presença de cerume ou secreção.</p> <p>Pescoço: presença de dois cordões fibrosos decorrentes de seqüela de queimadura em região mediana, com distância de aproximadamente 5 cm entre eles, que dificultam a extensão e os movimentos laterais. Ausência nodos ou linfonodos aumentados. Sustentação do pescoço, flexão total.</p> <p>Tórax: totalmente enxertado, apresentando retração cicatricial em algumas áreas, mamilos simétricos e pigmentados.</p> <p>Ausculata pulmonar: Som audível, murmúrios vesiculares bilaterais, ausência de ruídos adventícios. Eupneico, FR: 20mpm.</p> <p>Ausculata cardíaca: Bulhas cardíacas normofonéticas. Ausência de sons adventícios. Normocárdico FC: 100bpm</p> <p>Regulação Térmica Tax:36,3°C.</p> <p>Abdome: auto-enxerto em toda sua extensão, apresentando retração cicatricial, região circunvizinha ao umbigo íntegra. Timpânico, com cicatriz umbilical levemente retraída, presença de ruídos hidroaéreos.</p> <p>Genitais: Superfície interna dos lábios vaginais rosada e úmida. Meato uretral localizado posteriormente ao clitóris. Não há massas palpáveis, sinais de sujidade ou de infecções.</p> <p>Dorso: íntegro, porém, com cicatrizes lisas de áreas doadoras, sem deformidades visíveis.</p> <p>Membros: MSD totalmente enxertado,</p>	
--	---	--

apresentando cicatriz hipertrófica, fossa antecubital íntegra. Simétrico, flexível, extensível, com mobilidade. Venopunção periférica, com cateter sobre agulha nº 22, ausência sinais flogísticos, mantida fechada. MSE apresenta face anterior com Integra – matriz de regeneração dérmica. Dedos com unhas lisas, cortadas, ausência de sujidade. Perfusão periférica menor que três segundos. Membros inferiores: presença de cicatriz hipertrófica próxima à região inguinal esquerda, com cicatrizes lisas de áreas doadoras. Simétricos, íntegros, mobilidade, flexíveis, extensíveis. Perfusão periférica menor que três segundos.

Superfície Corporal Queimada – no momento do acidente.

Localização	Classificação		
	1º	2º	3º
Cabeça		5%	
Pescoço		1%	
Tronco anterior		13%	
Tronco posterior		8%	
Braço direito		4%	

Braço esquerdo		4%	
Antebraço direito		3%	
Antebraço esquerdo		3%	
Mão direita		2,5%	
Mão esquerda		2,5%	
Coxa direita		3%	
Coxa esquerda		3%	
TOTAL	52%		

Terapêutica Medicamentosa:

1. Dipirona 34 gts VO – 6/6h SN
2. Polaramine 2mg/5ml – 5ml VO – 8/8h
3. Kefazol 850mg EV – 6/6h
4. Proderm em áreas queimadas

Percepção Dolorosa: Fácies de dor, pouco comunicativa, posição fetal.

<ul style="list-style-type: none"> ● No dia 09/05, quarto dia de internação, chegamos na unidade e uma das funcionárias disse que a Sininho estava nos chamando. Fomos ao seu encontro. A criança estava introspectiva, deitada no leito com o quarto escuro ao lado de Tulipa, que estava lendo um livro. <p style="text-align: center;">“Vamos brincar?!”</p> <p>“Se vocês derem trela pra ela, vão sair daqui tendo a certeza que não vão fazer pediatria!” (fala da mãe)</p> <p>A mãe da criança precisou ausentar-se para ir a sua casa. Percebemos que Sininho precisava de nossa presença, então, convidamos-na para desenhar. Convidamos Sininho para desenvolver uma atividade na qual, cada uma das participantes (criança e acadêmicas) indicaria um tema e em seguida todas deveriam desenhar sobre o assunto (ANEXO VI). Ela aceitou, sentou-se na cama e animada iniciou a brincadeira, dando o tema Flores. O próximo assunto escolhido foi: “O que mais gosto de fazer em casa”. Sininho desenhou sua casa destacando seu quarto, relatando ser o local que passa a maior parte do tempo assistindo televisão. Desenhou ainda, nuvens, raios, chuva, o telhado da casa furado, sua mãe e seu irmão juntos a ela do lado de fora da casa segurando um guarda chuva.</p> <p>“O que eu mais gosto em casa é dormir e assistir televisão”.</p> <p>O tema seguinte foi: “O que eu não gosto”. A criança desenhou seu quarto e a cama onde</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Neste dia, Sininho apresentava-se corada, turgor cutâneo preservado. Aceitou a dieta oferecida: 240 ml de mamadeira, 1 pão, 1 copo de café, 1 iogurte, 1 suco e 1 banana. Os cuidados de higiene e conforto foram realizados no leito pela mãe. Sininho mantém curativo em MSE fechado, com tala gessada para manter o membro imobilizado em posição anatômica. Apresentando fluidoterapia por venopunção em MSD, ausência de sinais flogísticos. Eliminação vesical presente, 2 vezes no período de coloração amarelo-citrino em média quantidade. Evacuiu uma vez no período, de consistência pastosa e coloração amarronzada. Sinais Vitais: T: 36,5°C; FR: 22mpm; FC: 98bpm. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Através dos desenhos e relatos de Sininho foi possível compreender um pouco sobre seu cotidiano. Possibilitou ainda, perceber a formação do vínculo evidenciado pela naturalidade da criança e pelos seus sorrisos.
---	--	---

<p>estava dormindo e sonhando que um cachorro a mordida.</p> <p>“Eu já fui mordida por um cachorro, por isso que eu não gosto deles!”.</p> <p>Logo após sugeriu-se “O que eu mais gosto no hospital”. Sininho desenhou-se deitada no leito, chorando e com fluidoterapia em bomba de infusão. Desenhou as três acadêmicas, relatando ficar feliz quando as mesmas chegam, e ainda, uma televisão a cabo funcionando.</p> <p>“Essa sou eu quando eu tava triste, aí vocês chegaram e eu fiquei feliz”.</p> <p>Finalizamos com o tema “O que me deixa mais triste no hospital”. Quando mencionamos o tema hospital a criança distanciou-se um pouco, demonstrando não ter gostado muito do assunto, tentou mudar o rumo da brincadeira, mudou de posição, porém participou desenhando-se no leito com fluidoterapia em bomba de infusão e chorando porque as acadêmicas foram embora.</p> <p>Ao término da atividade, que teve duração de 1 hora, Sininho mostrou-se abatida e entristecida, entregando-nos um bilhete.</p> <p>“Amo vocês”.</p> <p>Para retribuir o gesto de carinho expresso por Sininho, entregamo-lhe um bilhete contendo os mesmos dizeres. Despedimo-nos com um beijo, para confortá-la dizendo que</p>		
--	--	--

<p>voltaríamos em breve.</p> <ul style="list-style-type: none"> No dia 11/05, sexto dia de internação, Sininho e sua mãe receberam a notícia da alta hospitalar. A criança estava alegre, animada, feliz e comunicativa. Ao nos ver, pediu um beijo. <p>“Vocês não me deram um beijo hoje!”.</p> <p>Convidamos Sininho para brincar com alguns bonecos na sala destinada à fisioterapia.</p> <p>“Posso mãe?”.</p> <p>Após o consentimento de Tulipa, nos dirigimos à sala para brincar. Conduzimos a criança para uma sala, dissemos que a atividade teria duração pré-determinada e que os brinquedos deveriam ser devolvidos ao término da atividade. Dentre os brinquedos por nós selecionados para desenvolver a atividade estavam: um bebê, uma boneca, um boneco, roupas utilizadas no Centro Cirúrgico, mesa para cirurgia, lençol, touca, propé, materiais para punção venosa, gaze, atadura, esparadrapo... Ao visualizar os brinquedos Sininho escolheu um boneco.</p> <p>“Vamos fazer uma cirurgia?”.</p> <p>Ficamos surpresas por ser este o objetivo principal da atividade. Sininho distribuiu os brinquedos sobre a mesa, nomeando-os conforme alguns profissionais da Unidade.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Neste dia, Sininho apresentava-se corada e hidratada. Aceitou a dieta oferecida: 240 ml de mamadeira, 5 bolachas, 1 copo de café, 1 copo de vitamina, 1 suco e 1 ovo. Os cuidados de higiene e conforto foram realizados no leito pela mãe. Mantém curativo em MSE fechado, com tala gessada. Retirado acesso venoso. Eliminação vesical presente, uma vez no período, de coloração amarelo-citrino, em grande quantidade. <p>Sinais Vitais: T: 36,5°C; FR: 22mpm; FC: 98bpm.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Após alguns dias de cuidados percebemos que os momentos de maior estresse e ansiedade demonstrados por Sininho foram relacionados às cirurgias. Entendemos, portanto, ser necessário minimizar estes estressores utilizando o Brinquedo Terapêutico. Utilizando a dramatização, Sininho fazia o papel dos médicos, do bebê e da equipe de enfermagem, intercalando alguns papéis com as acadêmicas. Sininho reviveu o momento cirúrgico detalhadamente, fazendo a história da boneca ser semelhante a sua. Evidenciamos esta situação, quando Sininho relata que a boneca queimou a barriga, exceto o umbigo. Comprovamos também esta situação, quando a criança referiu que a boneca tinha medo da anestesia inalatória. Quando a dinâmica chegou ao fim, ficou claro o impacto estressante que a cirurgia e a recuperação geraram em Sininho. O Brinquedo Terapêutico proporcionou a Sininho a expressão de seus sentimentos e angústias reprimidas quanto ao procedimento cirúrgico evidenciando o conhecimento da criança sobre suas cirurgias. Percebemos que a criança demonstra medo da anestesia inalatória. A partir dessa percepção, vimos a necessidade de realizar atividade que minimizem esse estresse. <p>Utilizamos um boneco que ilustra todos os órgãos do corpo humano, para explicar e demonstrar à criança a finalidade da anestesia inalatória. Durante a dinâmica, Sininho mostrava-se interessada, participando através</p>
---	---	---

<p>“Esse é o Dr. M.... Drª R.... V....e a L....”.</p> <p>Sininho conduziu a atividade, sendo que as acadêmicas auxiliaram questionando para elucidar a história.</p> <p>“Por que ela vai fazer cirurgia?” (fala da acadêmica).</p> <p>“Ela se machucou com a panela quente” (fala da criança).</p> <p>“Ela queimou a barriga, menos o umbigo” (fala da criança).</p> <p>A história dramatizada pela criança teve início na sala de espera, com a visita do anestesista à mãe e à criança. Na sala de cirurgia interpretou com detalhes todos os procedimentos realizados, como: punção venosa, anestesia, intubação endotraqueal, enxerto e curativo.</p> <p>“Primeiro pergunta para a mãe se ela tem algum sintoma e se ela já fez alguma cirurgia” (fala da criança).</p> <p>“Segura a minha mão” (Sininho - interpretando o bebê).</p> <p>“Calma, calma” (Sininho interpretando o médico).</p> <p>“O cheirinho não, porque ela tem medo” (Sininho interpretando o médico – referindo-se à anestesia inalatória).</p> <p>“Eu vou fazer um soninho, e ela só vai acordar na sala de recuperação com a mãe dela”. (Sininho interpretando o médico).</p> <p>“Vamos pegar uma veia...respira fundo”.</p>		<p>de questionamentos e compartilhando conhecimentos.</p> <p>Entendemos que a atividade desenvolvida trouxe uma resposta positiva, pois observamos que a criança compreendeu o significado do procedimento, repetindo a explicação para a equipe interdisciplinar e colegas de quarto.</p>
--	--	--

<p>(Sininho interpretando o médico). “Vamos passar o tubo” (Sininho interpretando o médico).</p> <p>A criança realizou a cirurgia no bebê, demonstrando conhecer as etapas do procedimento: retirada da pele, enxertia, sutura e realização do curativo.</p> <p>“Vamos tirar a pele daqui” (Sininho interpretando o médico). “Agora tem que dar os pontos” (Sininho interpretando o médico).</p> <p>Ao término da cirurgia, Sininho explicou que o bebê estava acordando da anestesia e que poderia ser levado à sala de recuperação pós-anestésica.</p> <p>“Vai lá e explica pra mãe que o enxerto ficou bom”. (Sininho) “Ele vai voltar pra fazer o curativo”. (Sininho) “Tem que dá Kefazol pra ele”. (Sininho)</p> <p>A atividade foi finalizada pela criança depois de 55 minutos ao encaminhar o bebê de volta para a Unidade.</p> <p>“Que dia a gente volta pra brincar de novo?” “Adorei brincar de cirurgia!”</p> <p>Sininho deixou a Unidade caminhando em companhia da mãe. Beijou-nos como forma de despedida.</p> <p>“Quando eu voltar a gente brinca mais”.</p>		
--	--	--

<p>Dissemos que estaríamos na Unidade a sua espera quando retornasse para realizar cirurgia de auto-enxerto.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sininho retornou à Unidade no dia 27/05 para realizar auto-enxertia no dia seguinte, quando a encontramos. No início da manhã, chamaram-na para ir ao centro cirúrgico. <p>“Vocês não vão ver?” (fala da criança - referindo-se a cirurgia).</p> <p>Explicamos a ela que uma das acadêmicas a acompanharia, estando sempre presente, segurando sua mão e acalmando-a em todos os momentos.</p> <p>Sininho foi ao centro cirúrgico acompanhada por sua mãe e uma das acadêmicas, que assistiu à cirurgia e acompanhou a recuperação pós-anestésica.</p> <p>Na sala de espera a criança chorou pouco, pois não queria ficar longe da mãe.</p> <p>“Entra com tua amiguinha, ela vai ficar lá contigo” (fala da mãe – referindo-se à acadêmica).</p> <p>A acadêmica explicou que estaria ao lado da criança acompanhando o procedimento cirúrgico permanecendo junto a ela até o momento de acordar e que sua mãe não poderia entrar na sala de cirurgia, mas a aguardaria na sala de recuperação pós-anestésica.</p> <p>Ao retornar à Unidade e encontrar as</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Sininho encontrava-se em jejum para realizar auto-enxerto no Centro Cirúrgico. Os cuidados de higiene e conforto foram realizados no leito pela mãe. Mantém curativo em MSE fechado, com tala gessada. Eliminação vesical presente, 1 vez no período de coloração amarelo-citrino em média quantidade. Sinais Vitais: T: 36,3°C; FR: 22mpm; FC: 105bpm. <p>Cirurgia de Auto-enxerto em MSE:</p> <p>Sininho foi submetida à anestesia geral intravenosa. Realizado infiltração do subcutâneo da área doadora – perna esquerda – com SF 0,9%. Retirado enxerto de pele laminar 0,3mm. Feito curativo com compressa em solução de adrenalina. Preparo do Integra maduro, apresentando ótimo aspecto. Enxertia sobre Integra. Realizado curativo com Fibracol (curativo de colágeno com Alginato) em área doadora e com Jelonet (curativo não aderente composto parafina) em área enxertada. Fechado com chumaco e atadura.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Durante os dias de cuidados compreendemos que Sininho apresenta uma certa carência afetiva, visto que em casa passa a maior parte do tempo sozinha em seu quarto assistindo televisão e não possui amigos da mesma idade. Isto contribui para que no ambiente hospitalar a criança mostre-se comunicativa, amigável e carinhosa facilitando a interação com acadêmicas, colegas de quarto e equipe interdisciplinar. <p>Acompanhamos Sininho em alguns de seus procedimentos cirúrgicos, sempre apoiando, transferindo-lhe segurança e confiança, procurando acalmá-la e confortá-la. Realizamos diariamente cuidados como: administração de medicações, controle de sinais vitais, estimulação de ingesta hídrica e alimentar.</p>
--	--	---

<p>acadêmicas, mostrou-se alegre.</p> <p>“Amanhã eu quero brincar com vocês o dia todo” (fala da criança)</p> <p>Questionamos Sininho sobre o que gostaria de brincar, dizendo que no dia seguinte estaríamos com ela.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● No dia 30/05, terceiro dia de internação, Sininho estava deitada no leito, alegre, contagiante, sorridente e ao nos ver, chamou-nos. Neste dia Tulipa mostrou-se receptiva, carinhosa e comunicativa. <p>“Até quando vocês vão ficar aqui?”. (fala da mãe)</p> <p>“Ah, então nós vamos encontrar vocês de novo porque eu quero dar uma lembrancinha pra que vocês não esqueçam da impertinente Sininho”. (fala da mãe)</p> <p>Sininho divide o quarto com um menino de 11 anos, este foi internado devido um atropelamento para realização de auto-enxerto. Ele apresentava-se agressivo, irritado, e pouco comunicativo. Com a presença de Sininho, o menino melhorou a interação com a equipe e acompanhante, mostrando-se colaborativo, sorridente e comunicativo.</p> <p>Ao conversarmos com Sininho e Tulipa, esta nos contou que a filha adora bonecas de pano e que está guardando dinheiro para comprar outra boneca.</p> <p>“Sininho sempre brinca de fazer cirurgia nos</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Neste dia, Sininho estava hipocorada +/- possivelmente pela perda sanguínea decorrente da cirurgia realizada no dia anterior. Turgor cutâneo preservado. Aceitou o café da manhã: 240ml de mamadeira, 1 copo de café e 1 pão. Entrou em jejum logo após, para realizar curativo sob anestesia no Centro Cirúrgico. Cuidados de higiene e conforto realizados no leito pela mãe. Mantém curativo em MSE oclusivo, com tala gessada. Fluidoterapia por venopunção em MSD, ausência de sinais flogísticos. Eliminação vesical presente, uma vez no período de coloração amarelo-citrino em média quantidade. Sinais Vitais: T: 36,5°C; FR: 30mpm; FC: 138bpm. <p>Curativo sob anestesia:</p> <p>Pega total do enxerto, apresentando duas pequenas bolhas que foram perfuradas para apresentar melhor resultado da enxertia. Curativo do enxerto feito com Jelonet. Área doadora pouco sangrante, com bom aspecto, ausência de secreção. Curativo com murim seco, fechado com compressa e atadura.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Observamos que a criança apresenta atitudes de carinho com a mãe e que estes são recíprocos, porém, percebemos que o vínculo com o pai é pouco evidente. Tanto a criança quanto a mãe evitam falar sobre ele. A presença do pai na Unidade provocou na criança reações nunca antes apresentadas.
--	---	--

<p>bonecos” (fala da mãe).</p> <p>Durante os cuidados prestados pela equipe de enfermagem, uma das profissionais comentou sobre a melhora de Sininho.</p> <p>“Quem viu a Sininho com o rosto queimado, hoje não reconhece!” (fala da mãe).</p> <p>No período da tarde, minutos antes de ir ao centro cirúrgico, Sininho recebeu a visita do pai. Neste momento ela estava recebendo medicação intravenosa, ao vê-lo houve resistência para injetar a medicação.</p> <p>“Tas nervosa?” (fala da funcionária).</p> <p>“Relaxa Sininho!” (fala da mãe)</p> <p>Sininho, então, respirou fundo e foi possível administrar a medicação.</p> <p>O pai pediu-lhe um beijo e ela o beijou aparentando frieza. Em seguida, os pais a acompanharam até o centro cirúrgico.</p> <p>“Tu não vai lá comigo?” (fala da criança para a acadêmica).</p> <p>Explicamos a criança que não poderíamos acompanhá-la ao Centro Cirúrgico, mas estaríamos na Unidade a sua espera.</p> <p>Sininho retornou após 1 hora, estava sonolenta e chorosa. Pediu para uma das acadêmicas segurar sua mão e a abraçou. A acadêmica, percebendo o <i>chamado</i> da criança, fez-se <i>presente</i> através de palavras e atitudes de</p>		
---	--	--

afeto. ● No dia 01/06, quinto dia de internação, Sininho recebeu alta hospitalar, porém, não estávamos presentes.		
--	--	--

PROCESSO DE ENFERMAGEM DE GRILO FALANTE		
Diálogo Intuitivo	Diálogo Científico	Fusão Intuitivo-Científico
<p>● Encontramo-nos pela primeira vez com Grilo Falante numa quinta-feira, dia 19/04. Ele era um menino de 2 anos, alegre, comunicativo, esperto, ativo. Grilo Falante havia internado no dia anterior devido às queimaduras de 1º e 2º grau que sofreu em face, tórax, abdome, genitália e membro superior esquerdo (MSE). Quando chegamos no quarto, o encontramos deitado no leito em companhia da mãe (Rosa). Era um menino comunicativo, esperto, prestava a atenção em tudo, seus olhos nos acompanhavam. Apresentamo-nos, dissemos as razões da nossa presença e começamos a conversar com Rosa e a criança. Esta contou-nos espontaneamente sobre seu acidente:</p> <p>“...puxei a chaleira...água quente...queimou o dedinho...”</p> <p>Neste mesmo dia, explicamos para a mãe as rotinas da Unidade, e conversamos sobre o cotidiano da família em casa. Permanecemos com a criança enquanto a mãe precisou ausentar-se para ir ao Serviço Social. Para favorecer a interação utilizamos brinquedos, como: gatinho de plástico, tartaruga e bola. Aproveitamos este momento para estabelecer a comunicação e aproximação com ele. Grilo Falante correspondeu as</p>	<p>● Através de informações colhidas no prontuário e relatadas pela equipe de enfermagem, sabemos que Grilo Falante havia recebido banho e curativo assim que chegou, às 03: 00 horas. Mantém curativo fechado em MSE, tórax e abdome.</p>	<p>Metas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Estabelecer um vínculo com a criança e família; - Minimizar o estresse decorrente de da hospitalização e da queimadura; - Promover e estimular momentos de recreação; - Integrar a família no cuidado da criança; - Mostrar-se receptiva para ouvir os <i>chamados</i> da família; - Estimular ingesta hídrica e alimentar; - Analisar a evolução da lesão; - Promover a cicatrização da queimadura; - Cuidados de higiene e conforto; - Amenizar a dor; - Cuidados com venopunção; - Cuidados com SNJ; - Cuidados com SVD; - Prevenir infecção; - Aplicar a terapêutica indicada; - Preparar a criança e família para alta hospitalar. <p>● Para aproximar a hospitalização ao mundo da criança, sentimos a necessidade de utilizar o lúdico. Percebemos que o brinquedo possibilitou amenizar o estresse, tornando o ambiente hospitalar menos hostil.</p>

<p>brincadeiras, jogando a bola, conversando com o gatinho e a tartaruga. Observamos que Grilo Falante ficou alegre, sorridente e brincalhão.</p> <p>● No dia seguinte, terceiro dia de internação, explicamos para Rosa os objetivos do nosso trabalho e após a aceitação assinou o Termo de Consentimento para participar do estudo, iniciamos o histórico de enfermagem. Durante o diálogo Rosa aparentava-se receptiva, interessada e colaborativa.</p> <p>Rosa relata que não tinham conhecimento em relação à queimadura. Diz estar aprendendo diariamente com a hospitalização do filho.</p> <p>Refere ser uma situação difícil de ser enfrentada.</p> <p>“Eu sofro muito com ele na hora do banho e do curativo”.(fala da mãe, com lágrimas nos olhos).</p> <p>Relata que prefere não falar muito sobre o assunto, pois fica sensibilizada. Diz que a irmã de 10 anos cuida da criança no período da manhã enquanto os pais trabalham e no período vespertino, a criança fica sobre os cuidados da irmã de 12 anos. Após a alta hospitalar Rosa disse que cuidará de Grilo Falante até a sua recuperação.</p>	<p>● Grilo Falante, sexo masculino, 2 anos, nascido em 28/03/2005, branco, terceiro filho de Copo de Leite., 33 anos, agricultor, ensino fundamental incompleto e Rosa, 26 anos, agricultora, ensino fundamental incompleto. Católico, procedente de Presidente Nereu, natural de SC. Nega internações anteriores.</p> <p>Data de internação: 18/04/2007.</p> <p>Data do acidente 18/04/2007. Queimadura térmica por líquido aquecido por volta das 11:40 horas. Grilo Falante estava na cozinha na presença da mãe, quando puxou a chaleira com água fervente que encontrava-se sobre o fogão a lenha. Rosa. retirou a roupa da criança e passou vinagre no local da queimadura. Grilo Falante. foi levado pela mãe à Unidade Local de Saúde da cidade, onde foi realizado curativo. Em seguida, foi encaminhado ao Hospital Regional de Rio de Sul e deste para o HIJG, transportada pelo SAMU. Chegou ao HIJG 12 horas após o acidente.</p> <p>Nega antecedentes familiares de queimadura e apresenta imunização completa para idade.</p> <p>Em casa, realiza de 4 a 6 refeições diárias: café da manhã e da tarde, almoço, janta e lanches alternados entre estas refeições. Alimenta-se sozinho utilizando colher. Tem preferência por arroz, carnes, frutas e gelatina. Ingere cerca de 1 ½ litro de líquidos diariamente, como: água, leite e tem preferência por sucos. Quando doente não há modificação nos hábitos alimentares. Rosa evita oferecer tomate, pois este causou alergia enquanto amamentava.</p> <p>Frequência das eliminações intestinais de 2 a 3 vezes ao dia, com consistência pastosa e coloração marrom. Urina aproximadamente 6 vezes ao dia, com coloração amarelo-</p>	<p>● A hospitalização e a queimadura foram situações traumatizantes e dolorosas vivenciadas por esta criança. Percebemos que Grilo Falante apresenta desenvolvimento cognitivo, motor e psicossocial adequado para idade.</p> <p>Em uso de sonda vesical demora, por necessidade de controle rigoroso de diurese, devido perdas hídricas da criança, bem como, avaliação da reposição hídrica adequada.</p>
---	--	---

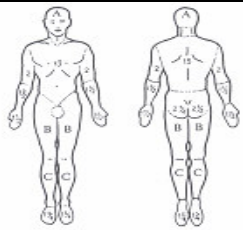
<p>“A gente trabalha na roça, as irmãs ficam com ele e às vezes ele vai com a gente”.(fala da mãe).</p>	<p>citrino. Não faz uso de fraldas.</p> <p>Dorme em quarto próprio, cama individual. Tem sono tranquilo. Dorme das 20hs às 5hs e das 12hs às 16hs.</p> <p>Mãe dá o banho, de aspersão no chuveiro, pela manhã, tarde e noite. Lava os cabelos diariamente.</p> <p>Grilo Falante apresentava boas condições gerais de higiene.</p> <p>Rosa relata que em casa a criança caminha, corre, possui boa mobilidade, relaciona-se bem com todos, associa uma coisa com outra, forma frases, faz perguntas, repete frases, canta, brinca com as irmãs. Corre atrás dos animais de estimação, desmonta os brinquedos, brinca de carrinho e bonecos. Não frequenta escola. Bastante apegado e carinhoso com os pais. Fica em casa com as irmãs. Não brinca com crianças da sua faixa etária.</p> <p>No hospital, a criança está restrita ao leito, com fluidoterapia e sonda vesical de demora, o que interfere na sua locomoção. Realiza 5 refeições diárias complementadas com mamadeira, sono tranquilo durante à noite dormindo aproximadamente 8 horas. No período vespertino, não dorme.</p> <p>EXAME FÍSICO</p> <p>Fácies: Irritado, choroso, sonolento, fácies de dor.</p> <p>Pele: hidratada, turgor mantido, palidez cutaneo-mucosa +/4+.</p> <p>Peso: 13 kg</p> <p>Dieta via oral: iogurte, sopa, arroz, carne, leite, suco...</p> <p>Cabeça: Crânio levemente arredondado, simétrico, sem deformações. Fontanela lambdóide e bregmática fechadas. Couro cabeludo sem lesões aparentes, cabelos curtos encaracolados de coloração loura, sem presença de parasitas ou seborréia.</p> <p>Hemiface direita íntegra, sem lesões aparentes. Hemiface esquerda presença de queimadura de espessura parcial superficial apresentando hiperemia e edema ++/4+. Queixo com presença de flictenas e hiperemia.</p> <p>Olho direito brilhante, íntegro, ausência de secreção ocular.</p> <p>Olho esquerdo com de presença de secreção ocular</p>	
---	--	--

	<p>translúcida, pálpebra esquerda levemente edemaciada e hiperemiada, com queimadura de espessura parcial superficial. Pupilas arredondadas, centrais e isocóricas.</p> <p>Nariz sem presença de congestão ou secreção.</p> <p>Lábios edemaciados ++/4+, mucosa oral úmida, cavidade oral íntegra. Dentição descídua na arcada dentária inferior e superior. Gengiva rósea, íntegra.</p> <p>Orofaringe rósea, ausência de placas.</p> <p>Ouvido externo com implantação na linha dos olhos, íntegros.</p> <p>Ouvido interno sem presença de cerume ou secreção.</p> <p>Pescoço: apresentando queimadura de espessura parcial superficial, com hiperemia e leve edema. Ausência nodos ou linfonodos aumentados. Sustentação do pescoço, flexão, extensão e movimentos laterais presentes.</p> <p>Ausculata pulmonar: Som audível, murmúrios vesiculares bilaterais, ausência de ruídos adventícios.</p> <p>Eupneico, FR: 32 mpm</p> <p>Ausculata cardíaca: Bulhas cardíacas normofonéticas. Ausência de sons adventícios. Normocárdico FC: 124 bpm.</p> <p>Regulação térmica</p> <p>Tax: 37,2°C, afebril.</p> <p>Abdome globoso, timpânico, com cicatriz umbilical levemente retraída, presença de ruídos hidroaéreos. Ausência de herniamentos ou nódulos.</p> <p>Testículos alojados na bolsa escrotal. Meato urinário centralizado em forma de fenda. Presença de edema devido queimadura ++/4+ e hiperemia. Higienizados sem presença de esmegma. Em uso de sonda vesical de demora (SVD).</p> <p>Dorso Íntegro, sem deformidades visíveis.</p> <p>Membros superiores simétricos, flexíveis, extensíveis, com mobilidade. Dedos com unhas lisas, cortadas, com presença de sujidade. Perfusão periférica menor que dois segundos. Hiperemia em MSD. MSE apresentando hiperemia e levemente edemaciado devido a queimadura. Venopunção periférica em MSE com cateter sobre agulha nº 24, ausência de sinais flogísticos.</p>	
--	--	--

Membros inferiores simétricos, íntegros, mobilidade, flexíveis, extensíveis. Dedos com unhas lisas, cortadas e com sujidade. Perfusão periférica menor que 2 segundos.

Superfície Corporal Queimada

Localização	Classificação			Características	Curativo
	1º	2º	3º		
Cabeça		8%		Face edemaciada e hiperemiada. Olho e pálpebra esquerda hiperemiados. Região do queixo rompido flictena, hiperemia.	Colagenase e AGE
Pescoço		1%		Região hiperemiada.	Sulfadiazina de prata
Tronco anterior		12%		Rompido flictena, e desbridado pele queimada. Área hiperemiada.	Sulfadiazina de prata
Genitália		1%		Região hiperemiada, rompido flictenas durante balneoterapia, apresentando hiperemia. Em uso de SVD.	-
Braço direito		1%		Região hiperemiada.	Sulfadiazina de prata

Braço esquerdo		4%		Área hiperemiada, rompido flictenas e desbridado pele queimada durante balneoterapia, apresentando hiperemia.	Sulfadiazina de prata
Antebraço esquerdo		3%		Área hiperemiada, rompido flictenas e desbridado pele queimada durante balneoterapia, apresentando hiperemia.	Sulfadiazina de prata
Mão esquerda		1%		Região hiperemiada.	Sulfadiazina de prata
TOTAL:	31% 				

Terapêutica Medicamentosa:

5. Lacrima colírio 1gt em cada olho - 4 vezes ao dia.
6. Epitezan pomada em olho E - 8/8h.
7. Dipirona 13 gts VO – 6/6h.
8. Dimorf 0,5 VO antes banho.

Percepção Dolorosa: Fácies de dor, choro, irritabilidade, debate-se, tremores e gritos.

<p>● Continuamos o cuidado com Grilo Falante nos dias 23 e 24/04, quinto e sexto dia de internação. No início da manhã, encontramos a criança chorosa, irritada, solicitando a presença constante da mãe.</p> <p>“... dá a mão mãe...”.</p> <p>Tentamos nos aproximar da criança através de brincadeiras, porém continuava amedrontado e introspectivo.</p> <p>“Sai tia... pára tia...”.</p> <p>Rosa estava sempre presente e interessada nos cuidados prestados. Auxiliava e sugeria algumas intervenções durante a realização dos procedimentos.</p> <p>“Enfaixa mais o braço pra ele não tirar”. (fala da mãe – referindo-se a cobertura do curativo).</p> <p>“Coloca mais um pouquinho de vaselina pra não grudar”. (fala da mãe referindo-se ao curativo).</p> <p>Demonstrava confiança nas acadêmicas ao solicitar nossa presença nos períodos que estava ausente, durante o seu banho, alimentação e visitas à assistente social.</p> <p>No momento do banho, realizado pelas acadêmicas, a criança gritava, chorava,</p>	<p>● Neste dia Grilo Falante apresentava palidez cutâneo-mucosa, turgor cutâneo preservado, presença de lágrimas. Olho esquerdo com secreção fluida e transparente. Pouca mobilidade de MSE. Aceitou 50ml da mamadeira, 2 bolachas e 1 copo de café. Realizamos balneoterapia na Unidade, procedendo a degermação da pele com clorexidine 4% diluída. Face hiperemiada com flictenas rompidas no banho, aplicado Colagenase e ácido graxo essencial (AGE). Lesão de tórax e MSE hiperemiadas com áreas de fibrina desbridadas durante o banho, aplicamos Sulfadiazina de Prata. Área inferior do abdome com fibrina aderida, aplicamos Colagenase. Genitália edemaciada, hiperemiada, aplicamos Colagenase. Curativo fechado. Mantendo SVD, diurese concentrada, 60ml. Fluidoterapia por venopunção periférica em MSE sem sinais flogísticos. Passamos sonda naso-jejunal (SNJ) nº 6, em narina direita, mantida fechada. Sinais vitais: T: 37,5°C – 37,0°C –38,1°C; FR: 32mpm – 36mpm; FC: 155bpm – 140bpm.</p> <p>● No dia 24/05 realizamos a balneoterapia de Grilo Falante na Unidade. Lesão de face com melhora da hiperemia em processo de cicatrização, aplicamos Colagenase e AGE. Tórax e MSE com hiperemia e áreas de fibrina desbridadas durante o banho, área sangrante em ombro esquerdo, aplicamos Sulfadiazina de Prata. Parte inferior do abdome com fibrina aderida, aplicamos Colagenase. Genitália apresentando melhora de edema e hiperemia, aplicamos Colagenase. Curativo fechado. Retiramos SVD. Diurese amarelo escuro, 70ml. Fluidoterapia por venopunção periférica em MSE sem sinais flogísticos. Mantendo SNJ em narina direita, para suporte nutricional a 33ml/h. Sinais vitais: T: 38,3°C – 37,6°C; FR: 36mpm – 34mpm; FC: 169bpm – 155bpm. Peso: 14.300g.</p>	<p>● Devido a baixa ingesta alimentar, foi necessário o uso de SNJ para complementar a necessidade de ingesta hipocalórica e hipoproteica. A diminuição da aceitação alimentar pode ser decorrente do estresse da hospitalização, do trauma da dor, do ambiente estranho e separação da família.</p> <p>Assim que foi apresentando e diminuição do edema em genitália, e restabelecido o equilíbrio hídrico, foi retirada a sonda vesical.</p> <p>Realizamos diariamente cuidados como: administração de medicações, controle de sinais vitais, estimulação de ingesta hídrica e alimentar, balneoterapia, realização de curativos, instalação de dieta enteral e controle de diurese.</p> <p>A aproximação e interação através do diálogo com a família, e do lúdico com a criança facilitou a comunicação, o cuidado a ser prestado resultando em confiança e estabelecendo vínculo com as acadêmicas.</p>
--	---	--

<p>debatia-se, apresentava tremores, fâcies de dor, olhava para a lesão assustado, batia na mãe e nos profissionais de enfermagem.</p> <p>Durante o curativo continuou reagindo com muito choro, ansiedade e pedindo para parar. Explicamos à criança que o procedimento seria rápido e que era necessário para sua melhora. Utilizamos um balão de luva para auxiliar na sua distração. Também fizemos orientações para Rosa, explicando e reforçando a necessidade do curativo e banho.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● No dia 25/04, sétimo dia de internação, quando entramos no quarto, Grilo Falante mostrou-se comunicativo, carinhoso com a mãe e acadêmicas, receptivo às brincadeiras, requerendo a presença da mãe e falando sobre o acidente. <p>“água quente...”.</p> <p>“... ele fala água quente até dormindo...”. (fala da mãe)</p> <p>O banho e o curativo foram realizados pelas acadêmicas na presença da mãe que nos auxiliou. Grilo Falante chorou pouco, apresentou tremores e fâcies de dor, segurou a mão da mãe pedindo pra terminar o banho.</p> <p>“deu tia?”</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Grilo Falante aceitou parcialmente a dieta, 2 bolachas, 1 copo de café e 1 iogurte. Realizamos balneoterapia na Unidade. Face em processo de cicatrização, aplicado Colagenase. Tórax e MSE hiperemiado com áreas de fibrina desbridadas durante o banho, apresentando aspecto brilhante, aplicamos Sulfadiazina de Prata. Parte inferior do abdome com diminuição da fibrina aderida, aplicamos Colagenase. Genitália com áreas sangrantes, aplicamos vaselina líquida. Curativo fechado. Diurese por fralda 1 vez em grande quantidade, coloração amarelo-citrino. Fluidoterapia por venopunção periférica em MID sem sinais flogísticos. Presença de hematomas em MMSS e MMIL. Mantendo SNJ em narina direita, para suporte nutricional a 42ml/h. Sinais vitais: T: 37,3°C – 37,5°C; FR: 34mpm – 44mpm; FC: 143bpm – 155bpm. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Ouvir a mãe e o pai, seus sentimentos, medos, dificuldades e angústias estreitou o relacionamento, melhorando a cooperação e compreensão da família sobre o tratamento e procedimentos. Através do toque, do olhar, do sentir, da troca de experiências, do contato afetivo, da presença genuína, do “olhar científico” e da confiança estabelecida evidenciamos a formação do vínculo com a criança e com a mãe.
--	---	---

<p>Explicamos para ele que o banho e o curativo eram necessários para sua melhora. Tentamos confortá-lo através de gestos e palavras de carinho.</p> <p>Após o banho, quando Grilo Falante encontrava-se calmo, no leito, em companhia da mãe, levamos alguns materiais utilizados pela equipe de enfermagem, como seringa, luva, oxímetro, Grilo Falante demonstrava interesse pelos mesmos, manuseando-os e repetindo o procedimento nos bonecos e profissionais.</p> <p>Grilo Falante recebeu a visita do pai no início da manhã, ganhou um minigame. Estava alegre, feliz, contente, animado, sorridente, brincando e conversando com o pai e colaborando com os cuidados. Falamos com o pai sobre o quadro da criança, explicando os procedimentos à medida que eram realizados. Mostrou-se interessado e preocupado com o filho, sendo carinhoso, dialogando com Grilo Falante e Rosa.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● No dia 26/04, oitavo dia de internação, oferecemos a Grilo Falante uma tartaruga, telefone, boneco de luva e chocalho. Ele apresentava-se alerta, sorridente, comunicativo. Percebemos que Grilo Falante reconhece o momento do banho, pois ao entrarmos no quarto com bandeja, roupas esterilizadas e ao preparar a banheira ele demonstrou-se retraído, agitado, 	<ul style="list-style-type: none"> ● Neste dia Grilo Falante estava corado e aceitando melhor a dieta: 5 bolachas, ½ copo de café, 50ml de mamadeira e 1 iogurte. Ausência de secreção ocular e melhora da mobilidade de MSE. Realizamos a balneoterapia na Unidade com auxílio da mãe. Face epitelizada, aplicamos Proderm (loção hidratante). Tórax e MSE hiperemiado brilhante com diminuição da área de fibrina desbridadas durante o banho com pontos sangrantes, aplicamos Sulfadiazina de Prata. Região inferior do abdome com diminuição da fibrina aderida, aplicamos Colagenase. Genitália com fibrina aderida 	<ul style="list-style-type: none"> ● O cuidado humanizado por nós desenvolvido possibilitou a evolução favorável da queimadura evidenciada durante a balneoterapia e os curativos. Contribuiu também para minimizar a agressividade, tornando-o mais colaborativo durante a realização dos procedimentos. Percebemos que o cuidado desenvolvido proporcionou a evolução favorável da
---	---	---

<p>queixoso, puxava a mãe e fingia estar dormindo.</p> <p>“Pára tia... sai tia...”. “Fecha a porta”. “...tapa mãe...”. (referindo-se à coberta)</p> <p>Pedimos auxílio da mãe para acalmar Grilo Falante, que utilizando brinquedos conseguiu minimizar a ansiedade, distraindo a criança.</p> <p>Neste dia, durante o banho, apresentava-se cooperativo, pouco choroso, com fácies de dor. As áreas íntegras foram limpas pela mãe e as áreas queimadas, pelas acadêmicas.</p> <p>No momento do curativo a criança apresentou-se resistente, chorosa, porém colaborativo quando solicitado.</p> <p>“Vamos fazer um boneco de neve?” (fala da acadêmica referindo-se a Sulfadiazina da Prata).</p> <p>Percebemos que Grilo Falante apresentava afeto pelas acadêmicas, através de relatos:</p> <p>“ele só come com vocês, acho que vou deixar vocês aqui o dia todo...”. (mãe) “ele não tava comendo nada, aí brincando, brincando ele comeu tudo...”. (mãe) “... as outras enfermeiras estão reclamando, por que ele só gosta de vocês...”. (mãe)</p>	<p>e pontos sangrantes, aplicamos Colagenase e vaselina líquida. Mantido curativo fechado. Diurese por fralda 2 vezes em média quantidade, coloração amarelo-citrino. Eliminação intestinal presente, consistência pastosa, coloração marrom. Fluidoterapia por venopunção periférica em MSD sem sinais flogísticos. Presença de hematomas em MMSS e MMIL. Mantendo SNJ em narina direita, para suporte nutricional a 42ml/h com intervalo de 3/3 horas. Sinais vitais: T: 37,4°C – 37,6°C; FR: 36mpm – 34mpm; FC: 148bpm – 144bpm. Peso: 14.600g.</p>	<p>queimadura, resultando em áreas epitelizadas, e diminuição das áreas de fibrina.</p>
---	--	---

<p>“... tira uma foto de vocês com ele pra eu guardar de recordação?”. (mãe)</p> <p>“... elas tu não manda embora é?!...”. (equipe de enfermagem)</p> <p>“... só gostas dessas tias aqui?!...”. (equipe de enfermagem)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● No dia 02/05 após 14 dias de internação, Grilo Falante havia trocado de quarto, devido à melhora do quadro clínico e para possibilitar a interação e socialização com outras crianças. Encontramos ela brincando com os colegas de enfermaria, estava comunicativo, alegre, afetuoso. No quarto havia duas crianças: um menino de 11 meses com queimadura em face e MSE por líquido aquecido, e uma menina de 12 anos com seqüela de queimadura. <p>Grilo Falante mostrou-se ansioso ao perceber que se aproximava a hora do banho, olhando fixamente para as acadêmicas e agitando-se, porém, durante o mesmo, realizado pelas acadêmicas e auxiliado por Rosa, a criança não chorou. Estava cooperativa, distraída e conversando com acadêmica que arrumava o leito.</p> <p>Percebemos que a reação durante o curativo foi inicialmente de medo, pois olhava para a mãe e para as acadêmicas assustado. Explicamos a importância do curativo dizendo que o mesmo era para melhorar sua lesão e tentamos</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Grilo Falante estava aceitando parte da dieta oferecida: 4 bolachas, 1 copo de café, e ½ banana e ½ ovo. Realizamos a balneoterapia na Unidade. Tórax hiperemiado com pontos sangrantes, bordos em processo de cicatrização. Antebraço esquerdo em fase de epitelação, braço esquerdo hiperemiado em processo de cicatrização. Aplicamos Sulfadiazina de Prata em tórax e braço esquerdo. Região inferior do abdome com placa de fibrina aderida, aplicamos Colagenase. Genitália cicatrizada com pequena área sangrante, aplicamos Sulfadiazina de Prata. Curativo fechado. Diurese por fralda 2 vezes em grande quantidade, coloração amarelo-citrino. Mantendo SNJ em narina esquerda, para suporte nutricional a 50ml/h com intervalo de 3/3 horas. Sinais vitais: T: 37,2°C; FR: 32mpm; FC: 141bpm. 	<ul style="list-style-type: none"> ● A técnica do Brinquedo Terapêutico não pôde ser desenvolvida na íntegra devido a idade de Grilo Falante, já que nesta idade as crianças não possuem muita concentração, não conseguindo prestar atenção por longos períodos em determinada atividade. <p>Por isso, utilizamos do lúdico para suavizar o processo da hospitalização, auxiliar no cuidado prestado, explicar procedimentos, promover distração, estimular a expressão dos sentimentos proporcionando a humanização do cuidado.</p>
--	--	--

<p>distrá-lo com um boneco. Em seguida, observamos que Grilo Falante tornou-se cooperativo, entregando alguns dos materiais para acadêmica.</p> <ul style="list-style-type: none"> No dia 07/05, após 19 dias de internação, Grilo Falante e Rosa receberam a notícia da alta hospitalar. A criança estava feliz, brincando na mesinha de seu quarto com legos e interagindo com o colega de quarto, tomou a medicação via oral sozinho. Passeou pela unidade conversando com a equipe de enfermagem, jogou bola com as acadêmicas chamando-as pelo nome. <p>“... brinca tia...”.</p> <p>“... bolacha bebê...”.</p> <p>Antes de saírem da Unidade Rosa agradeceu as acadêmicas pelo cuidado prestado durante os dias de hospitalização.</p> <p>“ele vai sentir saudades de vocês...”</p> <p>Dissemos que os reencontraríamos na sua consulta de retorno ambulatorial e nos sentimos gratificadas e felizes em conviver com a família neste período. Rosa agradeceu imensamente nossa atenção e cuidado dispensado à família. A criança deixou a Unidade caminhando. Beijou a equipe de enfermagem e acadêmicas como forma</p>	<ul style="list-style-type: none"> Aceitou a dieta oferecida, 1 pão, 1 fatia de queijo, 1 copo de café, 1 ovo e 1 iogurte. Realizamos balneoterapia na Unidade. Tórax e MSE em fase de epitelização. Tórax com curativo Membracel (membrana regeneradora porosa). Região inferior do abdome com pequena placa de fibrina, aplicamos Colagenase. Curativo fechado. Diurese por fralda 1 vez em grande quantidade, coloração amarelo-citrino. Retirado SNJ. Sinais vitais: T: 36,8°C; FR: 30mpm; FC: 138bpm. <p>Realizamos algumas orientações relacionados a alta hospitalar, como: a importância do uso do protetor solar, evitar tomar sol, usar boné e roupas compridas quando exposta ao sol, realizar curativo diário em casa com Colagenase e gaze na parte inferior do abdome, uso de loção hidratante e importância do retorno na consulta ambulatorial após uma semana da alta hospitalar.</p>	<ul style="list-style-type: none"> A SNJ foi retirada, pois Grilo Falante estava aceitando melhor a dieta via oral, tornando-se satisfatória. As lesões evidenciaram sinais de melhora dia a dia, apresentando áreas epitelizadas, e outras em processo favorável de cicatrização. Percebemos que através do lúdico conseguimos interagir com Grilo Falante, ver seu sorriso, seus olhos brilhantes e sua alegria.
--	---	---

de despedida.		
---------------	--	--

APÊNDICE V

TEATRO SOBRE A QUEIMADURA

PEDRINHO: Oi, eu sou o Pedrinho, eu me queimei quando estava brincando com meus amiguinhos. Vou chamar a turminha que eu conheci pra vocês conhecerem.

DONA PELE: Oi, eu sou a Dona Pele, ajudo a proteger o corpo de bichinhos malvados que querem causar doenças.

FOGUINHO: Oi, eu sou o Foguinho, que queimo a pele das crianças, quando elas brincam comigo.

PEDRINHO: Vou contar para vocês como eu me queimei. Um dia, estava brincando com o Joãozinho e nós queríamos fazer uma fogueirinha. Eu fui pegar álcool e fósforo para acender a fogueira. O Joãozinho disse que sua mãe não deixava ele mexer com fogo porque é perigoso, mas mesmo assim a gente foi. Quando nós jogamos álcool e acendemos o fósforo, o fogo veio encima de mim e eu me queimei. E agora vou mostrar para vocês como minha pele ficou.

PELE MACHUCADA: Oi, eu sou a pele machucada. Agora como estou queimada não consigo mais proteger o corpo o Pedrinho, por isso ele está aqui internado para se recuperar.

CURATIVO: Oi, eu sou o curativo. Estou aqui para ajudar a pele machucada do Pedrinho. Eu sou importante, para não deixar que bichinhos malvados entrem na pele machucada e causem infecção. Eu tenho um outro amigo que também ajuda vocês, que é o **BANHO**.

BANHO: Oiii amigo curativo, eu estou bem triste, porque quando eu chego todas as crianças choram e dizem que não gostam de mim, mas eu sou bonzinho Eu ajudo a retirar as sujeirinhas da pele.

PEDRINHO: Agora estou mais feliz porque sei que o banho e o curativo são meus amiguinhos e vão ajudar a melhorar minha pele.

APÊNDICE VI

No nosso dia a dia, em casa, no trabalho, durante brincadeiras, estamos expostos a vários riscos que podem levar a uma queimadura. Hoje em dia, muitas crianças acabam se queimando. Todo processo da queimadura é bastante doloroso e pode levar muito tempo para a recuperação. Este folder busca incentivar e motivar as crianças que sofreram queimaduras a utilizarem a malha compressiva, pois ela auxilia na prevenção de possíveis sequelas que a queimadura pode acarretar.

Por que fazer fisioterapia?

Muitas vezes a cicatrização da queimadura pode deixar deformidades e outras alterações como diminuição dos movimentos do corpo, por isso, é necessário que seja feito um acompanhamento com o fisioterapeuta (durante a internação e também após a alta hospitalar) incentivando a

movimentação dos braços, pernas, pescoço, mãos e dedos, com isso a criança poderá movimentar o corpo como antes da queimadura.



Por que usar a malha compressiva?

Após a total cicatrização e com o retorno ambulatorial periódico, muitas crianças precisarão usar malha compressora. A malha compressora é uma roupa feita de um tecido bastante elástico, que fica justo ao corpo, feito sob medida com a função de evitar que a cicatriz da queimadura torne-se muito grossa e alta (cicatriz hipertrófica). Esta

malha deve ser utilizada durante todo o dia, retirando-a apenas para o banho.



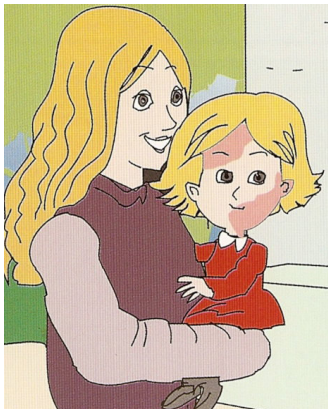
Quais os cuidados que a criança deve ter?

A criança após a alta não deve expor a área queimada ao sol, pois a área da queimadura ainda é muito sensível, podendo deixar manchas e um aspecto enrugado da pele.

Deve retornar às suas atividades diárias como: escola, igreja, passeios, casa dos amigos...

Utilizar hidratante na área lesionada, duas vezes ao dia, fazendo massagem, o que favorece a manutenção da

umidade da pele, evitando o ressecamento da mesma.



Como cuidar da malha compressiva?

- Lavar a malha compressiva com sabão neutro, sem torce-la;
- Não utilizar máquina de lavar nem de secar;
- Deixar secar ao ar livre e na sombra;
- Não usar ferro de passar roupas.

Instituição onde procurar ajuda:
HOSPITAL INFANTIL JOANA DE GUSMÃO
UNIDADE DE QUEIMADOS
Rua Rui Barbosa, 152
Agrônômica - Florianópolis, SC
Fone: (0xx48) 3251 9000



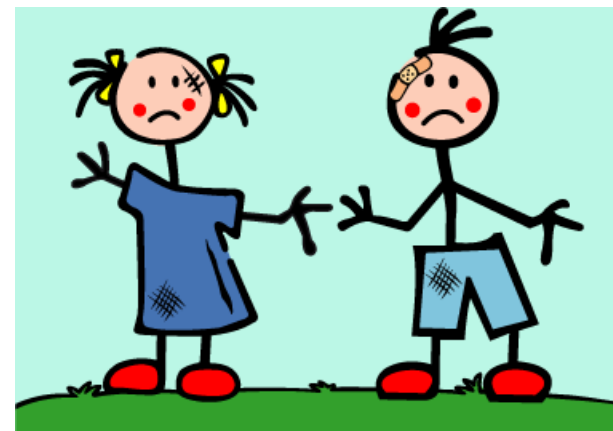
Universidade Federal de Santa Catarina

Centro de Ciências da Saúde
Departamento de Enfermagem
Acadêmicas de Enfermagem da VIII
Unidade Curricular

Bianca Walter

Maristela Maria CardozoTaina
Barbie do Espírito Santo

Após a Alta Hospitalar, o que fazer?



Florianópolis - SC

2007

APÊNDICE VII

PERGUNTAS PARA O BINGO EDUCATIVO

1. Qual o nome da enfermeira da Unidade de Queimados?

Resposta: Lauri.

2. O que é a queimadura?

Resposta: É uma lesão provocada pela ação de calor sobre o corpo.

3. Quais as causas mais comuns de queimaduras?

Resposta: Água quente, fogo, álcool, sol...

4. Como as queimaduras são classificadas?

Resposta: Queimaduras de 1º, 2º e 3º grau.

5. Qual o nome dado ao banho utilizada na limpeza das queimaduras?

Resposta: Balneoterapia.

6. O que não se deve colocar em uma queimadura?

Resposta: Pasta de dente, margarina...

7. O que se deve tomar para se hidratar?

Resposta: Água, leite e sucos.

8. O que se deve utilizar para prevenir a cicatriz hipertrófica?

Resposta: Malha compressiva.

9. Quanto tempo por dia deve-se usar a malha?

Resposta: 24 horas por dia.

10. Por que a criança não deve se expor ao sol após a alta?

Resposta: Para evitar manchas e aspecto enrugado da pele.

11. Qual o tratamento para a queimadura de 3º grau?

Resposta: Enxerto.

12. Quais os sinais e sintomas de infecção?

Resposta: Mau cheiro, vermelhidão, pus...

13. Como se chama o local onde foi retirada a pele para fazer o enxerto?

Resposta: Área doadora.

14. Que atividades as crianças devem continuar realizando durante a internação?

Resposta: Estudar, brincar...

15. O que a criança deve comer para ajudar na recuperação da queimadura?

Resposta: Frutas, verduras, carnes, feijão...

16. Quais alimentos devem ser evitados pelas crianças?

Resposta: Salgadinho, refrigerante...

17. Por que os pais devem usar avental, propé e touca?

Resposta: Para evitar a infecção.

APÊNDICE VIII

DOMINÓ EDUCATIVO

1. Quais as causas mais comuns de queimaduras?

Resposta: Água quente, fogo, álcool, sol...

2. Como as queimaduras são classificadas?

Resposta: Queimaduras de 1º, 2º e 3º grau.

3. O que não se deve colocar em uma queimadura?

Resposta: Pasta de dente, margarina...

4. O que se deve utilizar para prevenir a cicatriz hipertrófica?

Resposta: Malha compressiva.

5. Quanto tempo por dia deve-se usar a malha?

Resposta: 24 horas por dia.

6. Qual o tratamento para a queimadura de 3º grau?

Resposta: Enxerto.

7. Quais os sinais e sintomas de infecção?

Resposta: Mau cheiro, vermelhidão, pus...

8. Por que os pais devem usar avental, propé e touca?

Resposta: Para evitar a infecção.

9. O que é a queimadura?

Resposta: É uma lesão provocada pela ação de calor sobre o corpo.

10. Qual o nome dado ao banho utilizada na limpeza das queimaduras?

Resposta: Balneoterapia.

APÊNDICE IX

PROJETO: PERCEPÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM FRENTE À DOR DA CRIANÇA VÍTIMA DE QUEIMADURA

INTRODUÇÃO

A criança queimada enfrenta a hospitalização como uma situação desencadeadora de angústia e de sofrimento, tem que lutar contra o desconforto físico inicial, com a dor e com os problemas psicológicos imediatos e tardios.

Os profissionais de enfermagem têm dificuldades em lidar com essas situações, pois muitas vezes encontram-se em uma posição que provoca a dor no outro. A enfermagem é responsável pela realização de procedimentos, como banho e curativos que são muito dolorosos e percebidos como terrível pelos pacientes, gerando estresse nos que cuidam. Esses profissionais participam ativamente de todo o processo que envolve a dor em uma unidade de queimados, ora como agentes potencializadores, responsáveis pelos procedimentos que provocam a dor, e ora como agentes que participam do alívio da dor. A dor, tanto da perspectiva de quem sente quanto de quem cuida, é uma experiência que resulta de crenças e valores, do significado de uma situação e de outros fatores que são únicos para cada pessoa. (ROSSI et al, 2000).

Para Rocha, Prado e Sebold (2006), a equipe de enfermagem que presta cuidado à criança que vivencia situações dolorosas precisa estar atenta para a multidimensionalidade desse fenômeno e o caráter subjetivo com que se manifesta. Isso significa ter sensibilidade para perceber as diferentes formas de expressão que a criança pode utilizar para sinalizar dor e desconforto. Além disso, a enfermagem precisa reconhecer as diferenças individuais, determinadas pelos múltiplos fatores que conformam o mundo da criança – crenças, valores, características de personalidade.

No cuidado à criança que vive a dor, a enfermagem precisa superar os conhecimentos da ciência moderna, que supervaloriza a objetividade e não reconhece a subjetividade como importante elemento do cuidado em saúde.

A dor é considerada uma experiência subjetiva, que deve ser avaliada e descrita como o quinto sinal vital. Nesse sentido, a enfermagem deve fazer de sua avaliação um cuidado permanente e cotidiano, já que o alívio da sensação dolorosa constitui-se em um importante princípio para a potencialização das medidas de cuidado e cura. No entanto, se observa que esta prática é pouco freqüente nos ambientes hospitalares. Esta pesquisa busca identificar a percepção da equipe de enfermagem em relação à avaliação da dor.

OBJETIVO

- Identificar as percepções e ações dos profissionais para amenizar e/ou sanar a dor da criança vítima de queimadura.

JUSTIFICATIVA DA PESQUISA

O cuidado do paciente com dor é um grande desafio para a Enfermagem. Existem várias intervenções não farmacológicas que a equipe de enfermagem pode considerar para o manejo da dor. Essas técnicas não devem substituir o tratamento farmacológico e sim serem utilizadas em conjunto com o mesmo, a fim de se obter melhor resposta terapêutica (DRUMMOND, 2000).

A dor é considerada, pela literatura, como quinto sinal vital, é parte da equipe de enfermagem incorporar este conhecimento à prática com o intuito de aprimorar a qualidade da assistência prestada a criança portadora de dor. Para um efetivo manejo da dor a equipe de saúde deve estar instrumentalizada com conhecimentos científicos relacionados ao processo de dor e sensibilizada para que possa compreender esta vivência nas suas múltiplas facetas (MAY, 2003).

A identificação dos planos de cuidados realizados pelos profissionais de enfermagem poderá contribuir na implementação de práticas de alívio da dor visando um cuidado mais humanizado.

CAMINHO METODOLÓGICO

O presente estudo constitui-se em uma pesquisa descritiva de natureza quanti-qualitativa sobre identificação das percepções e ações da equipe de Enfermagem da Unidade de Queimados do Hospital Infantil Joana de Gusmão para amenizar e/ou sanar a dor da criança vítima de queimadura.

Os aspectos abordados na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e os princípios do Código de Ética Profissional serão respeitados durante todo o desenvolvimento do estudo.

Descrição do Local da Prática Assistencial

Para o desenvolvimento do nosso estudo, optamos pela Unidade de Queimados do Hospital Infantil Joana de Gusmão (HIJG), localizado na Rua Rui Barbosa, 152, bairro Agrônômica, na cidade de Florianópolis, Santa Catarina.

Segundo o site do hospital, à Unidade de Queimados compete: Prestar assistência ao paciente queimado nas diversas fases de evolução e recuperação do trauma, na faixa etária de 0 a 15 anos incompletos; Servir de campo para ensino e pesquisa. A unidade comporta 8 leitos subdivididos em 4 quartos.

A partir da Portaria nº 303 do Ministério da Saúde, de 10 de agosto de 2001, a unidade foi cadastrada como Centro de Referência de Queimados para o Estado. Isto significa que a unidade dispõe de condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos específicos para o atendimento de crianças com queimadura.

População Alvo

Neste estudo a população alvo será cerca de dez profissionais da equipe de enfermagem que consentirem em participar do estudo através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. (Apêndice II).

Para seleção dos participantes, estabelecemos como critérios: os membros da equipe de enfermagem que aceitem participar do estudo.

Estabelecemos como critérios de exclusão: os profissionais de enfermagem que não aceitarem participar do estudo.

O presente está isento de riscos, pois não prejudicará o profissional no desenvolvimento de suas atividades de enfermagem.

Benefícios

Possibilita para equipe de enfermagem compreender o significado e a dimensão da dor da criança em situação de queimadura refletindo na qualidade do cuidado prestado.

Procedimento para coleta de dados

Os dados serão colhidos através de observação e entrevistas (Apêndice VI). Através das mesmas poderá ser identificada a percepção da equipe de enfermagem sobre a dor da criança em situação de queimadura. Para Minayo et al (2000, p. 60) a importância da observação enquanto técnica de pesquisa decorre do:

(...) fato de podermos captar uma variedade de situações ou fenômenos que não são obtidos por meio de perguntas uma vez que observados diretamente na

própria realidade transmitem o que há de mais importante e evasivo na vida real.

A técnica da entrevista será aplicada à equipe de enfermagem da Unidade de Queimados. O modelo de entrevista adotado será o semi-estruturado, por permitir a focalização do tema do estudo, sem, no entanto enquadrar respostas, limitando-a em suas possibilidades, ou ainda impedindo o desvelamento do objeto. Para Triviños (1992, p.146)

A entrevista semi-estruturada ao mesmo tempo que valoriza a presença do investigador oferece todas as perspectivas possíveis para que o informante alcance a liberdade e espontaneidade necessárias enriquecendo a investigação.

Para o autor citado, a entrevista semi-estruturada parte de certos questionamentos básicos, conseqüentes às opções teóricas do estudo oferecendo ainda a possibilidade de ampliar as interrogações como uma decorrência das respostas do informante. O informante é, neste processo um participante na elaboração do conteúdo. Os pontos escuros que denotem aspectos conflitivos ou divergentes podem ser retomados, adotando-se o princípio da retroalimentação.

As entrevistas serão gravadas, dado que tal procedimento facilita o acesso ao todo do material fornecido pelo informante. Os dados obtidos serão conservados pelas autoras em uma pasta específica de posse única das acadêmicas sendo arquivados por cinco anos e posteriormente destruídos.

Análise dos dados

Para análise dos dados obtidos nas entrevistas (transcritas) e registros de campo será aplicada a técnica de análise de conteúdo na modalidade de análise categorial temática, orientada por Bardin (2002).

A análise de conteúdo é

um conjunto de técnicas de análise de comunicação visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição de conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam inferências de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens (BARDIN, 2002, p.42).

Na abordagem qualitativa a tônica da análise de conteúdo “*é colocada sobre as orientações de valor, afetivas ou cognitivas dos significantes ou dos enunciados de uma comunicação*” (...) (BARDIN, 2002, p. 21) e as inferências se fundamentam na presença do índice (palavra, frase, tema) e não sobre a frequência de sua aparição.

Na análise de conteúdo efetua-se um “tratamento” da informação contida nas mensagens que pode ocorrer de várias formas, quais sejam de análise categorial temática, análise de enunciação, análise da expressão, análise das relações, análise do discurso.

Aspectos Éticos

Este estudo será apresentado para apreciação e parecer à Comissão de Ética do Hospital Infantil Joana de Gusmão. Estará pautado na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, seguindo princípios como os da beneficência, não-maleficência, justiça e autonomia, além dos princípios do Código de Ética profissional de Enfermagem.

O projeto será apresentado em seus objetivos, fundamentos, estratégias e finalidades ao familiar acompanhante e aos profissionais de saúde que atuam na Unidade de Queimados.

Antes de iniciar a coleta de dados a equipe será esclarecida do propósito do estudo, sendo garantido que suas identidades serão preservadas e que podem desistir de colaborar em qualquer momento, sem qualquer forma de penalidade.

PLANILHA DE CUSTOS DO PROJETO: “PERCEPÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM FRENTE À DOR DA CRIANÇA VÍTIMA DE QUEIMADURA”.

Objetos a serem adquiridos	Unidade	Valor estimado no mês de Setembro/2006
Papel A4	03 resmas	45,00
Xerox	200 cópias	30,00
CD	03	10,00
Cartucho impressora	01	60,00
Fitas Cassete	10	50,00
Canetas	10	15,00
Lápis	05	10,00

Borrachas	02	3,00
Total		223,00

Cabe ressaltar, que o projeto de pesquisa não tem patrocínio de nenhum tipo de órgão de fomento, os custos serão financiados pelo próprio pesquisador responsável.

CRONOGRAMA

	Elaboração do projeto	Coleta de Dados e Prática Assistencial	Análise dos Dados	Elaboração Artigo/Relatório
Janeiro	X			
Fevereiro	X			
Março	X			
Abril	X			
Maió		X		X
Junho		X	X	X
Julho			X	X

REFERÊNCIAS

- BAGATINI A, FUHRMEISTER AVA, FORTIS EF, NORA F, MENDES F, MEYER I, et al. **Anestesia: a vitória sobre a dor**. Porto Alegre: SARGS; 2001.
- BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. Lisboa/Portugal: Edições 70, 2002.
- BOOSS J, DRAKE A, KERNS RD, RYAN B, WASSE L. **Pain as the 5th vital sign** [toolkit on the internet]. Illinois: Joint Commission on Accreditation oh Heathcare Organizations; 2000 [cited 2006 Abr 27]. Available from: http://www.va.gov/oaa/pocketcard/pain5thvitalsign/paintoolkit_oct2000.doc.
- BRUNNER & SUDDARTH. **Tratado de Enfermagem Medico-Cirúrgica**. 9ª edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002, p. 1372-1385, 1435-1468.

- FLEISHER, Gary R.; LUDWIG, Stephen; SILVERMAN, Benjamim K. **Compêndio de Pediatria de Urgência**. Porto Alegre: Ed Artes Médicas, 1998, p. 52.
- MARCONDES, Eduardo; VAZ, Flávio Adolfo Costa; RAMOS, José Lauro Araújo; OKAY, Yassuhiko. **Pediatria Básica: Pediatria Clínica Geral**. 9ª edição. São Paulo: Ed. Sarvier, 2003, p. 539.
- MERSKEY H, BOGDUK N, editors. **Classification oh chronic pain**. Seattle: Internacional Association for the Study of Pain; 1994 [cited 2006 Abr 27]. Available from: <http://www.iasp-pain.org/terms-p.html>.
- MINAYO, Maria Cecília de Souza et al. **Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade**. 16º ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2000.
- PEREIMA, Maurício José Lopes et al. Importância do primeiro atendimento em queimaduras. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, v.31, nº 3-4, 2001.
- RENCK, Lauri Iva. **Enfermagem às famílias das crianças com queimaduras: Criando o processo de cuidar na perspectiva interacionista**. 2004. 139f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina. 2004. pag 32.
- ROCHA, Patrícia Kuerten, PRADO, M. L. do, SEBOLD, L. F. **A Enfermagem e o manejo da dor em Crianças**. In: KALINOWSKI, C. E., OLIVEIRA M. E., RIBEIRO N. R. Programa de Atualização em Enfermagem: Saúde da Criança e do Adolescente: PROENF. Ed. Artmed/Panamericana editora, 2006.
- RODRIGUES, C. R. O cuidar da criança na percepção do enfermeiro. In: **o Mundo da Saúde**. São Paulo, v. 24. n. 24, jul/ago. 2000.
- ROSSI, L. A. O processo de cuidar da pessoa que sofreu queimaduras: significado cultural atribuído por familiares. **Rev. Esc. Enferm. USP**. São Paulo, v.35, n. 4, p.336-45, maio/ago. 2001.
- ROSSI, L.A. *et al.* A dor da queimadura: terrível para quem sente, estressante para quem cuida. **Ver.latino-am.enfermagem**, Ribeirão Preto. v. 8, nº 3, p. 18-26, julho 2000.
- SERRA, Maria Cristina; GOMES, Dino Roberto. **A criança queimada**. Rio de Janeiro: 1999, p. 31-32,35,57,251-252.
- SILVA, Alcione L. & ARRUDA, Eloíta N. **Referenciais com base em diferentes paradigmas: problema ou solução para a prática da Enfermagem**. Texto, Contexto – Enfermagem, Florianópolis, v.2, n.1, p. 83-92, jan/jun. 1993.

- TRIVIÑOS, Augusto N.S. **Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais: A pesquisa Qualitativa em Educação.** São Paulo: Atlas, 1990.
- WHALEY, Lucile F. E WONG, Donna L. **Enfermagem Pediátrica. Elementos essenciais à intervenção efetiva.** 5ª edição. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan, 1997.



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Este instrumento tem a finalidade de obter o seu consentimento por escrito para participar do trabalho de conclusão de curso de graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina “PERCEPÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM FRENTE À DOR DA CRIANÇA VÍTIMA DE QUEIMADURA”, que será desenvolvido pelas acadêmicas: Bianca Walter, Maristela Maria Cardozo e Taina Barbie do Espírito Santo, orientado pela Prof^a. Msc. Ana Maria Farias da Silva e supervisionado pela Enf^a. Msc. Lauri Iva Renck, a realizar-se na Unidade de Queimados do Hospital Infantil Joana de Gusmão (HIJG).

Através deste documento declaro que fui informado que esta pesquisa tem como objetivo “Identificar as percepções e ações da equipe de Enfermagem para amenizar e/ou sanar a dor da criança queimada”.

Sua participação será com o fornecimento de dados, obtidos através da observação da prestação de cuidados e resposta à entrevista semi-estruturada, previamente elaborado pelas acadêmicas, que será gravada e posteriormente transcrita.

A participação nesta pesquisa não irá prejudicar, sob nenhum aspecto, os envolvidos neste trabalho. Será garantido o anonimato e a qualquer momento lhe será dado o direito de desistir da participação no estudo, sem sofrer penalidades.

Os aspectos abordados na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e os princípios do Código de Ética Profissional serão respeitados durante todo o desenvolvimento do estudo.

Informamos que não há custo pessoal para o participante em qualquer fase do estudo e que também não há compensação financeira relacionada à participação. Se existir qualquer despesa adicional, ela será absorvida pelo orçamento da pesquisa.

Após ler o presente termo e aceitar participar do trabalho, pedimos que assine as duas vias do Termo de Consentimento, sendo que uma delas ficará em seu domínio.

Qualquer informação adicional ou esclarecimento a respeito do trabalho poderá ser obtido com as acadêmicas na Unidade de Queimados do Hospital Infantil Joana de Gusmão, ou pelos telefones 9907 4051/9161 1659/ 9126 3625 ou do Comitê de Ética do HIJG 3251 9092.

Os dados obtidos serão conservados por cinco anos pelas autoras em uma pasta específica de posse única das acadêmicas e posteriormente destruídos.

Eu, _____, consinto em participar como sujeito da presente pesquisa. Declaro ainda, que estou ciente do objetivo e do método, bem como meus direitos de desistir a qualquer momento e do sigilo.

Assinatura: _____.

Florianópolis, ____/____/____.

Assinatura: _____.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

Roteiro de Entrevista Semi-estruturada aplicado a Equipe de Enfermagem da Unidade de Queimados do Hospital Infantil Joana de Gusmão (HIJG)

1 -Identificação

Nome (fictício):.....

Idade:.....

Cargo que ocupa na instituição: () Enfermeira(o)

() Técnico de Enfermagem

() Auxiliar de Enfermagem

Turno de trabalho: () diurno

() noturno

Tempo de trabalho na Unidade de Queimados:meses

.....anos

2 -Você gosta de trabalhar nesta Unidade?

() Sim

() Não

Porque?

.....
.....

3 -Você gostaria de trabalhar em outra Unidade?

☐ Sim

☐ Não

Porque?.....
.....

4 - Como você define a dor da criança em situação de queimadura?

.....
.....
.....

5 - Como você se sente frente a dor da criança provocada pela queimadura?

.....
.....
.....

6 - Como você identifica a dor na criança?

☐ Fácies

☐ Choro

☐ Questionando

☐ Queixas

☐ Movimento corporal

☐ Outros Qual?

7 - Como você avalia a dor da criança?

☐ Empírico

☐ Escalas Qual? ☐ Faces de dor
☐ Categoria numérica
☐ Categoria verbal
☐ FLACC

8 - O que você faz para minimizar ou tratar a dor da criança em situação de queimadura?

☐ Administra medicação

☐ Brinca

☐ Técnicas de relaxamento

☐ Posicionamento

☐ Estimulação cutânea Qual?

☐ Espera

☐ Outros Qual?

9 - Você administra medicamentos à criança antes dos procedimentos?

☐ Sim Quanto tempo antes?
Qual a via utilizada ☐ VO ☐ EV

☐ Não

10 - Que cuidados são realizados após a administração da medicação?

☐ Reaplicação da escala

☐ Sinais vitais

☐ Questionamento da criança

☐ Outros Qual?

11 - Você registra os seus cuidados prestados para amenizar ou sanar a dor?

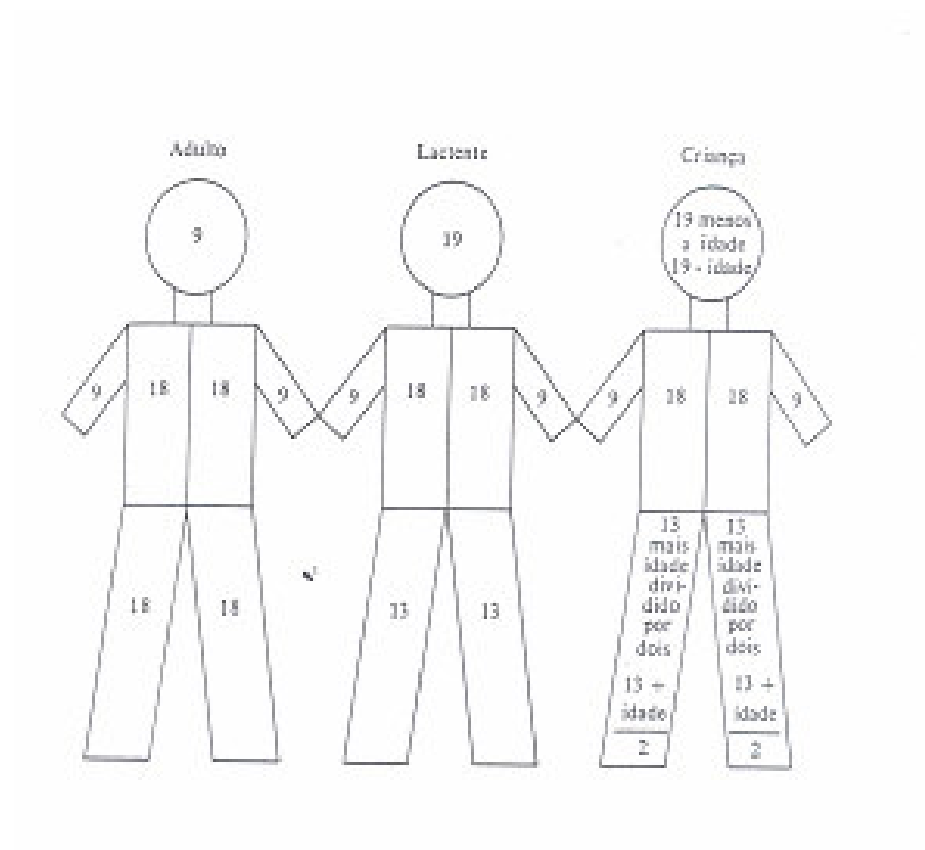
☐ Sim

() Não
Por quê?

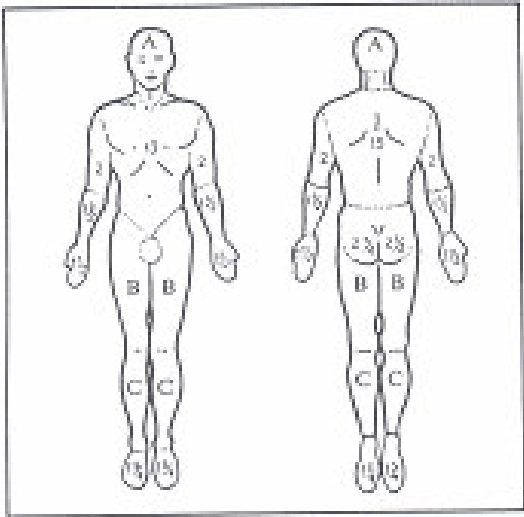
.....

ANEXOS

ANEXO I
REGRA DOS NOVE



ANEXO II
TABELA DE LUND E BROWDER



Idade	Áreas		
	A	B	C
0	9,5	2,75	2,5
1	8,5	3,25	2,5
5	6,5	4,0	2,75
10	5,5	4,5	3,0
15	4,5	4,5	3,25
Adulto	3,5	4,75	3,5

Provável 3.º grau

Peso corpóreo

Extensão queimada	
Cabeça	
Pescoço	
Tronco	
Braço	
Antebraço	
Mão	
Nádega	
Genital	
Coxa	
Perna	
Pé	
Total	

ANEXO III

6ª SEPEX – APRESENTAÇÃO DE PÔSTER

Protocolo:10108

Data de Inscrição:15/03/2007

Título do trabalho:Brinquedo Terapêutico: Uma Estratégia de Interação do Cuidado Humanizado a Criança em situação de Queimadura.

Área Temática:

Apoio Financeiro:

Siglas envolvidas:HIJG

Apoio de Fundos: Nenhum

Centro:CENTRO DE CIENCIAS DA SAUDE (CCS)

Setor:CCS-DEPTO DE ENFERMAGEM

Tipo de apresentação:Painel

Nome do(s) Autor(es) ou Líder(es):

ANA MARIA FARIAS DA SILVA

E-mail:anamaria@nfr.ufsc.br

Tipo:Professor(a)

Telefone:(48)3338-4697

Nome do(s) Co-autor(es) ou Colaborador(es):

BIANCA WALTER, MARISTELA CARDOZO, TAINA BARBIE DO ESPÍRITO SANTO, Patricia K. Rocha, Lauri Iva Renck -

Resumo:

Trata-se de um projeto assistencial de trabalho de conclusão de curso da VIII Unidade Curricular do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina desenvolvido com às crianças em situação de queimadura. As queimaduras são lesões devastadoras que o corpo humano pode sofrer. A queimadura na infância gera um grande impacto na estrutura familiar, por ser um tratamento doloroso e de longa permanência hospitalar. O cuidado à criança deve contemplar aspectos físicos e emocionais, pois é um momento em que costumam haver experiências traumáticas e estressantes que podem influenciar no comportamento da criança durante e após o período de internação, podendo ocorrer prejuízo de sua saúde mental. Dentre os meios utilizados para prover apoio emocional destacamos o uso do brinquedo, visto que, o brincar não é uma brincadeira superficial desprezível, pois além de propiciar diversão proporciona grandes estímulos de expressão emocional. Tem como propósitos dentre outros, cuidar da criança vítima de queimadura utilizando o Brinquedo Terapêutico como instrumento facilitador do cuidado de enfermagem; identificar a percepção da equipe de enfermagem frente à dor da criança vítima de queimadura e ações destes profissionais para amenizar e/ou sanar a dor da criança. Para nortear nossa prática assistencial optamos pela teoria humanística de Paterson e Zderad. O trabalho será desenvolvido na Unidade de Queimados do Hospital Infantil Joana de Gusmão com as crianças e seu familiar. Para desenvolver o cuidado de enfermagem iremos aplicar o processo de enfermagem, realizar sessões de brinquedo terapêutico instrucional à criança, estimulando a expressão de seus sentimentos frente à situação vivenciada. Com a equipe de enfermagem será aplicado um roteiro de entrevista semi-estruturada. Resultados: Acreditamos que o trabalho possa trazer contribuições no cuidado de enfermagem à criança em situação de queimadura aliando o brinquedo terapêutico à teoria humanística, possibilitando o cuidado individualizado, fundamentado na internação, no diálogo e no brincar, auxiliando a criança a suportar a dor da lesão, o estresse e o medo, assim como apoiando a família no encorajamento da participação do cuidado e aliviando sentimentos de angústia, culpa e impotência que podem surgir durante a hospitalização da criança. Para a equipe, possibilita compreender o significado e a dimensão da dor da criança em situação de queimadura refletindo na qualidade do cuidado prestado.

Palavras-chave:

enfermagem, criança situação queimadura, brinquedo terapêutico

Emitido por: Sistema SEPEX, NPD-UFSC.

ANEXO IV
CERTIFICADOS PARTICIPAÇÃO SEMINÁRIO SOBRE QUEIMADURAS



UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM



ATESTADO

Atesto que

Bianca Walter

participou

do II Seminário sobre Queimaduras "Cuidando de Pessoas com Queimaduras: avanços para a reabilitação", promovido pelo XVI Curso de Especialização em Enfermagem em Estomatoterapia: Estomias, Feridas e Incontinências, no dia 18 de maio de 2007, das 8h às 18h, na Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

São Paulo, 18 de maio de 2007.

Prof.^a Dr.^a Vera Lúcia Conceição de Gouveia Santos
Coordenadora

Enf. Maria Aparecida Jesus Menezes
Coordenadora



UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM



ATESTADO

Atesto que *Maurício Maria Candeia* participou

do II Seminário sobre Queimaduras "Cuidando de Pessoas com Queimaduras: avanços para a reabilitação", promovido pelo XVI Curso de Especialização em Enfermagem em Estomatologia: Estomias, Feridas e Incontinências, no dia 18 de maio de 2007, das 8h às 18h, na Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

São Paulo, 18 de maio de 2007.

Prof.ª Dr.ª Vera Lúcia Conceição de Gouveia Santos
Coordenadora

Enf. Maria Aparecida Jesus Menezes
Coordenadora



UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM



ATESTADO

Atesto que *Taina Babai de Espírito Santo*

participou

do II Seminário sobre Queimaduras "Cuidando de Pessoas com Queimaduras: avanços para a reabilitação", promovido pelo XVI Curso de Especialização em Enfermagem em Estomatologia: Estomias, Feridas e Incontinências, no dia 18 de maio de 2007, das 8h às 18h, na Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

São Paulo, 18 de maio de 2007.

Prof.^a Dr.^a Vera Lúcia Conceição de Gouveia Santos
Coordenadora

Enf. Maria Aparecida Jesus Menezes
Coordenadora

ANEXO V
CERTIFICADOS DO ESTÁGIO NÃO-OBRIGATÓRIO



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
PRÓ-REITORIA DE ENSINO DE GRADUAÇÃO
DEPARTAMENTO DE ESTÁGIOS

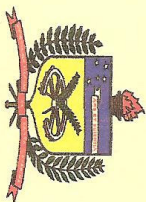
CERTIFICADO DE ESTÁGIO

Certificamos que **BIANCA WALTER**, regularmente matriculado(a) no Curso de **ENFERMAGEM** sob o n° **03252043**, realizou Atividades de Estágio Não Obrigatório, no(a) **HIJG - HOSPITAL INFANTIL JOANA DE GUSMÃO**, na Cidade de **FLORIANÓPOLIS - SC**, no período de **30/08/06 a 12/09/06**, com duração de **72** horas, obtendo nota **9,5**.

Florianópolis, 02 de outubro de 2006.

Maria de Lourdes Pereira Dias
Diretora do Departamento de Estágios - PREG

Maria da Graça Gonçalves Machado
Seção de Bolsas - DES/PREG



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
PRÓ-REITORIA DE ENSINO DE GRADUAÇÃO
DEPARTAMENTO DE ESTÁGIOS

CERTIFICADO DE ESTÁGIO

Certificamos que **TAINA BARBIE DO ESPÍRITO SANTO**, regularmente matriculado(a) no Curso de **ENFERMAGEM** sob o nº **03252230**, realizou Atividades de Estágio Não Obrigatório, no(a) **HUG - HOSPITAL INFANTIL JOANA DE GUSMÃO**, na Cidade de **FLORIANÓPOLIS - SC**, no período de **30/08/06** a **12/09/06**, com duração de **72** horas, obtendo nota **9,5**.

Florianópolis, 02 de outubro de 2006.

Maria de Lourdes Pereira Dias
Diretora do Departamento de Estágios - PREG

Maria da Graça Gonçalves Machado
Seção de Bolsas - DES/PREG

ANEXO VI
DESENHOS

